HAL
open science

Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique Subsaharienne : L'exemple du Cameroun

François Wafo

To cite this version:

François Wafo. Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique Subsaharienne : L'exemple du Cameroun. Education. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2012. Français. NNT : 2012CLF20015 . tel-01135317

HAL Id: tel-01135317

https://theses.hal.science/tel-01135317

Submitted on 25 Mar 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Blaise Pascal - Clermont Ferrand 2
UFR de Psychologie, Sciences Sociales et Sciences de l'Education
École Doctorale de Lettres, Sciences Humaines et Sociales (ED 370)

THÈSE

Mention : Sciences de l'Éducation (70ème section)

Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique subsaharienne : l'exemple du Cameroun

Présentée et soutenue publiquement le 07 juin 2012

Par

François WAFO

Composition du Jury

Laurent GERBAUD, *Président*
Professeur des Universités, Santé Publique, Université d'Auvergne

Dominique BERGER, *Directeur de thèse*
Maître de conférences HDR – Sciences de l'Éducation, Université Claude Bernard Lyon 1

Graça SIMOES DE CARVALHO, *Rapporteur*
Professeur des Universités – Sciences de l'Éducation, Université Minho à Braga, Portugal

Alain MOUGNIOTTE, *Rapporteur*
Professeur des Universités, Sciences de l'Éducation, Université Claude Bernard Lyon 1

Didier JOURDAN, *Membre du jury*
Professeur des Université, Sciences de l'Éducation, Université Blaise Pascal Clermont 2

Frank PIZON, *Membre du jury*
Maître de Conférences – Sciences de l'Éducation, Université Blaise Pascal Clermont 2

Université Blaise Pascal - Clermont Ferrand 2
UFR de Psychologie, Sciences Sociales et Sciences de l'Education
École Doctorale de Lettres, Sciences Humaines et Sociales (ED 370)

THÈSE

Mention : Sciences de l'Éducation (70ème section)

Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique subsaharienne : l'exemple du Cameroun

Présentée et soutenue publiquement le 07 juin 2012

Par

François WAFO

Composition du Jury

Laurent GERBAUD, *Président*
Professeur des Universités, Santé Publique, Université d'Auvergne

Dominique BERGER, *Directeur de thèse*
Maître de conférences HDR – Sciences de l'Éducation, Université Claude Bernard Lyon 1

Graça SIMOES DE CARVALHO, *Rapporteur*
Professeur des Universités – Sciences de l'Éducation, Université Minho à Braga, Portugal

Alain MOUGNIOTTE, *Rapporteur*
Professeur des Universités, Sciences de l'Éducation, Université Claude Bernard Lyon 1

Didier JOURDAN, *Membre du jury*
Professeur des Université, Sciences de l'Éducation, Université Blaise Pascal Clermont 2

Frank PIZON, *Membre du jury*
Maître de Conférences – Sciences de l'Éducation, Université Blaise Pascal Clermont 2

RÉSUME

L'éducation à la sexualité est une réponse opposable au comportement sexuel à risque des jeunes. Plusieurs instances internationales (Unesco, OMS, Onusida, Unicef) encouragent son intégration à l'école, notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne où la prévalence des ITS et VIH/sida demeure élevée. Toutefois, l'absence d'un corpus littéraire de référence en éducation à la sexualité rend difficile cette intégration. L'implémentation de cette éducation à l'école dans les pays d'Afrique subsaharienne nécessite une prise en compte des spécificités socioéconomiques, culturelles, institutionnelles et des conceptions individuelles des jeunes sur la sexualité, qui sont des déterminants de leurs comportements sexuels. La mobilisation des enseignants sur cette tâche n'est pas acquise, notamment en raison de multiples résistances dont ils font preuve, et dont il convient d'isoler les origines.

Cette thèse est consacrée d'une part à l'étude des conceptions des élèves sur l'éducation à la sexualité et leurs besoins éducatifs exprimés et d'autre part, à l'étude des conceptions et des pratiques professionnelles des enseignants en éducation à la sexualité au Cameroun. Dans la perspective d'élaborer des modèles théoriques d'intervention, et des dispositifs de formation des enseignants en éducation à la sexualité qui soient adéquats au contexte africain, notre recherche explore les facteurs susceptibles d'influer tant sur la mise en œuvre que la réussite de cette action à l'école dans les pays d'Afrique subsaharienne en s'appuyant sur l'exemple du Cameroun. Elle repose sur une enquête par questionnaire menée auprès des élèves des classes de quatrième et de troisième d'enseignement général (n=3071), et des enseignants du premier cycle de l'enseignement général (n=368) du Cameroun.

Cette recherche montre que les conceptions individuelles des élèves sont plutôt favorables à l'éducation à la sexualité à l'école et qu'ils considèrent l'école et les enseignants comme des acteurs légitimes de cette éducation. Discutant peu de sexualité avec leurs parents, leurs principales sources d'information est la télévision, l'école et Internet. Les élèves émettent des besoins éducatifs s'articulant autour des cinq dimensions de la sexualité.

Contrairement aux élèves, les enseignants ont des conceptions plutôt défavorables à l'éducation à la sexualité à l'école, renforcées par le peu de pratique qu'ils ont en éducation à la sexualité et le manque de formation. Près de la moitié des enseignants se dédouanent de cette mission et remettent en cause son inclusion à l'école. Ils affichent une méconnaissance tant des besoins et des attentes réelles des élèves en éducation à la sexualité que des effets de

cette action éducative sur la santé des jeunes. Ils entretiennent également un fort sentiment d'incompétence pour cette action éducative. Pourtant, ces enseignants sont majoritairement en accord avec le fait que l'éducation à la sexualité des jeunes est vraiment nécessaire.

Mot clés : *éducation à la sexualité, éducation sexuelle, conceptions, conceptions individuelles, élève, enseignant, Afrique subsaharienne, pratiques professionnelles*

ABSTRACT

Education on sexuality or “sex education” aims to reduce risky sexual behaviour among adolescents and young adults in particular. Several international organisations (UNESCO, WHO, UNAIDS, UNICEF) encourage sex education in schools, particularly in countries of sub-Saharan Africa where sexually transmitted infections (STI) and HIV/Aids remain frequent. However the lack of literature on sex education in schools makes implementing such policies difficult. Developing sex education in schools of sub-Saharan Africa requires taking into account the specific socio-economic, cultural and institutional contexts of these countries, as well as the individual conceptions that young people have of sexuality and which determine their sexual behaviour. Teacher involvement in this task is not evident either, as teachers tend to resist implementing sex education for various reasons that should be identified and analyzed.

These PhD thesis studies pupil conceptions of sex education and the needs they identify in this domain on one hand, and the conceptions and professional practices of teachers in sex education on the other hand, in the country of Cameroon. With the purpose of contributing the development of theoretical models of intervention and a framework for teacher training in sex education adapted to the African context, our research attempts to identify the factors that affect the implementation and the success of sex education in sub-Saharan Africa via the case of Cameroon. Our study is based on a survey of middle-school pupils (n=3071) and a survey of general education teachers (n=368) in Cameroon.

Results show that pupil individual conceptions are favourable to sex education in schools, and that pupils consider their teachers and their schools to be legitimate providers of sex education. Pupils rarely discuss sexuality with their parents, whereas their main sources of information on sexuality are the television, school, and the internet. The pupils expressed educational needs encompassing the five dimensions of sexuality.

In contrast, we found that teachers do not tend to perceive sex education in schools favourably. This position appears to be to be linked to their limited experience of teaching sexual education, and the lack of training they have received in the teaching of sex education. Nearly half of the teachers interviewed do not feel concerned by the subject and feel that sex education should not be taught in schools. Also teachers demonstrated an overall lack of understanding of pupil needs and expectations as well as the impact that sex education could have on the health of their pupils. Many teachers maintain the position that they are not competent and in sex education and even that it is not their role. However the majority of the

teachers investigated do agree that there is a real need for sex education for adolescents and young adults.

Key words: *sex education, teaching sexuality, representations, individual conceptions, pupils, teachers, sub-Saharan Africa, professional practices*

Remerciements

Je souhaite remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont accompagné dans cette belle aventure qu'est la thèse.

Tout d'abord je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mon directeur de thèse Monsieur le Docteur Dominique Berger. Merci d'avoir cru dès le premier instant à ce projet, de m'avoir aidé à le porter jour après jour et d'avoir tout mis en œuvre pour qu'il aboutisse. Merci pour la confiance et l'extrême liberté que tu m'as accordé dans ce travail, pour ta disponibilité, tes précieux conseils et le suivi scientifique de cette thèse.

Je remercie ensuite :

Monsieur le Professeur Didier Jourdan qui a rendu ce projet possible en soutenant mon inscription en thèse. Merci d'avoir suscité en moi l'envie d'aller plus loin dans la recherche, de m'avoir permis de bénéficier de l'expérience exaltante d'ATER, et de m'avoir apportés tes précieux éclairages dans le traitement statistique de mes données.

Monsieur le Professeur Luc Ria, et à travers lui les membres du laboratoire ACTé, qui a bien voulu m'accueillir comme doctorant au sein du laboratoire ACTé.

Les membres du jury qui m'ont fait l'honneur, malgré leur calendrier chargé, de se déplacer pour évaluer cette thèse.

Julie Pironom pour son aide précieuse dans le traitement statistique de mes données, ses éclairages, sa disponibilité et son amitié.

Christine Hassler et Sandrine Broussouloux pour le sérieux de la relecture de cette thèse et pour les corrections apportées. Merci pour toute la bienveillance que vous m'avez témoignée tout au long de ce travail et pour votre amitié.

Ma maman, mon modèle de courage, d'endurance et de persévérance. Merci pour ce beau trésor que tu m'as transmis et pour ton amour inconditionnel.

Claudine Berger pour son affection et ses qualités humaines exceptionnelles. Merci pour tous les efforts consentis pour me permettre de travailler dans de bonnes conditions.

Laurence et Jérôme Perrin, et à travers vous toute la famille Perrin, pour votre amour, votre soutien, votre disponibilité, votre promptitude à m'accueillir à temps et à contre temps, et pour les bons moments passés ensemble.

Marie-Christine et François Parmentier, et à travers vous toute la famille Parmentier, pour tout le bonheur que vous m'avez procuré. Votre altruisme à mon égard et votre soutien m'a aidé à garder le cap dans les moments les plus difficiles de ce travail.

Carine Simar, Sandie Bernard et Adeline Michel, pour votre amitié, votre disponibilité, votre promptitude à trouver les bons plans au bon moment et pour les moments partagés ensemble.

Marie-Noël Florant qui a soutenu mes premier pas en éducation à la sexualité il y a 7 ans.

Crane Rogers, Mabrouk Nekaa, Lela Bencharif, Josette Morand, Jean-Claude Rochigneux, Celile Berger et Jean Berger, Elisabeth Stollsteiner, Christel Puentes, Caroline Cluzel, Juliette Nicolle, Anne Bergeal, Jean-Philippe Cognet, Christophe Jaurand, pour votre prévenance.

Maman Julienne, pour son amour et ses qualités humaines qui m'inspirent dans ma vie quotidienne.

Mes frères et sœurs : Diana Grâce, Marcel, Pascal, Alliot, Lydia et Octavie, pour avoir régulièrement su trouver les mots justes pour m'accompagner dans ce parcours.

Mes neveux et nièces: Christiane, Marilyne, Stephan, Sheridan, Georges, Yvana, Randal, Beverley, Brandon, Pascal Junior et Jordan, pour le bonheur de vous avoir.

Evelyne et Martin Kamako, pour la constance de vos encouragements, pour votre soutien et votre amitié.

Muriel et Maxime Scarato, pour votre contribution exceptionnelle à la réalisation de ce projet et pour votre amitié.

Mes amis Line et Jean-Noël, Achille, Thérèse et Michel, Angel et Siméon, Sidonie et Théophile, Sandrine et Cyrille, Chouchou et Abissi, Hortense et Françis pour leur présence dans ma vie.

Mes beaux-parents Régine et Joseph pour leur confiance et leurs encouragements.

Le Conseil Régional d'Auvergne pour le soutien financier de cette recherche.

Toutes les personnes que je n'ai pu remercier ici, et qui ont contribué d'une manière quelconque à l'aboutissement de ce travail.

A

Fideline, pour ton amour, ton soutien, ta patience et les sacrifices consentis

John Kyllian, pour la joie et le bonheur de t'avoir, et pour mon absence

Brayan Ethan, pour toute l'espérance…

Pour Ta constance, Seigneur…envers et contre tout

SOMMAIRE

Résumé……..... 3
Abstract..... 5
Remerciements…….. 7
Dédicace……. 9
SOMMAIRE……. 10
Liste des figures…… 17
Liste des tableaux……. 19
Liste des sigles utilisés…….. 23
INTRODUCTION ……..... 25
PREMIÈRE PARTIE : LE CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ……. 32
Chapitre 1 : SANTÉ, PROMOTION DE LA SANTE ET ÉDUCATION A LA SANTÉ : QUE RETENIR ?..... 34
1. Évolution du concept de santé..…….…….. 34
1.1. Les modèles théoriques de santé…….. 34
1.2. Le modèle biomédical de la santé…… 34
1.3. Le modèle global, holistique ou biopsychosocial de la santé…….. 36
1.4. Le modèle d'un sujet autonome ouvert sur le monde ……. 39
2. La promotion de la santé……. 41
2.1. Définition de la promotion de la santé……. 42
2.2. Les caractéristiques de base de la promotion de la santé……. 43
2.3. Les grandes lignes d'action de la promotion de la santé……. 43
2.3.1.L'élaboration de politiques pour la santé……. 43
2.3.2.La création d'environnements favorables…… 44
2.3.3.Le renforcement de l'action communautaire…… 44
2.3.4.L'acquisition d'aptitudes individuelles…… 44
2.3.5.La réorientation des services de santé…….. 44
2.4. Les composantes de la promotion de la santé……..… 45
2.4.1.La protection de la santé…….. 46
2.4.2.La prévention…… 47
2.4.2.1. La prévention primaire……... 47
2.4.2.2. La prévention secondaire…… 48
2.4.2.3. La prévention tertiaire…… 48
2.4.3.L'éducation à la santé……..… 49
2.4.3.1. Définition de l'éducation à la santé……... 49
2.4.3.2. Les caractéristiques de l'éducation à la santé……. 52
2.4.3.2.1. Les éducations à……. 52
2.4.3.2.2. Les objectifs généraux de l'éducation à la santé…… 53
2.4.3.2.3. L'action éducative en éducation à la santé…… 55
2.4.3.2.4. Les modèles en éducation à la santé……... 58
2.4.3.3. L'éducation à la santé à l'école……... 62
2.5. Les représentations en éducation à la santé…….. 63
2.5.1.Définitions de la représentation…….…….. 64

2.5.2. Les fonctions des représentations…… 64
2.5.3. Les représentations individuelles, collectives et sociales, et les conceptions individuelles…… 65
2.5.4. Les conceptions individuelles…… 67
2.5.5. L'influence des conceptions en éducation à la santé…… 69
Chapitre 2 : L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ…… 70
1. Le concept de la sexualité…… 70
1.1. L'approche biologique de la sexualité…… 70
1.2. L'approche psychosociale…… 71
1.3. L'approche érotique…… 72
2. L'ambigüité de la sexualité…… 72
3. L'orientation sexuelle…… 73
4. Le genre et les rôles sexuels…… 74
5. Les dimensions de la sexualité…… 75
5.1. La dimension biologique…… 77
5.2. La dimension psychoaffective…… 78
5.3. La dimension comportementale…… 78
5.4. La dimension sociale et culturelle…… 79
5.5. La dimension morale…… 79
6. Essai de définition de la santé sexuelle…… 80
7. L'éducation à la sexualité…… 82
7.1. Éducation à la sexualité ou éducation sexuelle ? …… 83
7.2. Les objectifs de l'éducation à la sexualité…… 84
7.3. Les dimensions de l'éducation à la sexualité…… 84
7.3.1. La motivation à adopter un comportement sans risque…… 86
7.3.2. Les connaissances nécessaires pour adopter un comportement sans risque…… 88
7.3.3. Les attitudes et aptitudes comportementales favorables…… 88
7.3.4. Un milieu favorable à l'adoption des comportements sans risque…… 90
7.3.5. Le bénéfice du comportement sexuel sans risque…… 90
Chapitre3 : LA FORMATION DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION A LA SANTE ET A LA SEXUALITÉ…… 91
1. Complexité des finalités de la formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité…… 92
1.1. Les objectifs de la formation des enseignants en l'éducation à la santé et à la sexualité…… 92
1.2. Les enjeux majeurs de la formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité…… 93
1.3. Vers une professionnalisation de l'enseignant en éducation à la santé et à la sexualité…… 95
2. Les conceptions individuelles, un déterminant de la formation des enseignants…… 97
3. Les représentations professionnelles et leurs fonctions…… 100
4. Les obstacles à la formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité…… 101
DEUXIÈME PARTIE : CONTEXTE DE LA RECHERCHE ET ÉTAT DE LIEU DE LA RECHERCHE SUR LA SEXUALITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE…… 103

Chapitre 4 : CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU CAMEROUN…… 104
1. Situation géographique du Cameroun…….. 104
2. Organisation politico-administrative…… 105
3. Aperçu socio-économique…… 106
4. Milieu humain et démographie…… 108
5. L'état de santé de la population au Cameroun……. 112
6. L'éducation au Cameroun…… 114
   6.1. L'organisation du système éducatif camerounais…… 115
   6.2. Les infrastructures de base…….. 117
   6.3. La scolarisation au Cameroun……. 120
   6.4. La formation des enseignants au Cameroun…… 122
      6.4.1.L'École Normale Supérieure (ENS)……. 123
      6.4.2.Les Écoles Normales d'Instituteurs de l'Enseignement Général (ENIEG)…….. 124
Chapitre 5 : L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ AU CAMEROUN…… 126
1. La sexualité, la vivre mais ne pas en parler…….. 126
2. Une précocité de la sexualité des jeunes au Cameroun…… 128
3. La multiplicité des partenaires sexuels……. 130
4. Une nuptialité précoce et une recrudescence d'union libre……..…… 131
5. Une prévalence des IST élevée…… 132
6. Une prévalence du VIH/sida la plus élevée de la sous-région…… 133
   6.1. Une connaissance élevée du VIH/sida…… 134
   6.2. Mais un usage faible du préservatif (condom) en cas de multipartenariat sexuel…… 135
7. Un usage limité des contraceptions et une forte prévalence de grossesses précoces…..… 139
8. L'interruption volontaire de grossesse (IVG), une pratique d'usage chez les adolescentes au Cameroun……..……..... 140
9. Les abus sexuels récurrents…….……. 142
10. L'éducation à la sexualité dans les programmes scolaires au Cameroun…… 143
Chapitre 6 : LA SEXUALITÉ DES JEUNES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE…….. 145
1. Une mutation du modèle social africain…….. 145
2. Une adaptation aux réalités socioéconomiques de la région…… 147
3. La construction sociale de la masculinité et de la féminité…….. 149
4. L'influence du cadre familial……... 151
5. Les considérations d'ordre psychologique……... 152
6. Les facteurs cognitifs (connaissances, conceptions, croyances)…….. 153
7. Le cadre institutionnel des pays africains…… 154
TROISIÈME PARTIE : APPROCHE PRAGMATIQUE……... 159
Chapitre 7 : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE…… 160
1. Population cible …….. 160
2. Échantillonnage ……... 161
3. Le questionnaire……... 163
   3.1. L'analyse préalable à la conception du questionnaire…….. 163
   3.2. L'objectif général de l'enquête……. 163
   3.3. Les objectifs spécifiques de l'enquête…….. 163
   3.4. Définition des principaux indicateurs……... 165

3.5. La construction du questionnaire……. 166
3.6. Description du questionnaire…… 167
3.6.1.Le questionnaire élèves…… 167
3.6.2.Le questionnaire enseignant…….… 167
3.7. Déroulement de l'enquête auprès des élèves ……... 168
3.8. Déroulement de l'enquête auprès des enseignants……... 168
4. Préparation des données et analyses statistiques…….. 169
4.1. Préparation des données……... 169
4.1.1.Traitement des questionnaires…….. 169
4.1.2.Codification des questionnaires…… 169
4.1.3.Saisie des questionnaires……. 170
4.1.4.Validation des bases de données……. 170
4.2. Analyses statistiques…… 170
4.2.1.Les variables indépendantes et les variables dépendantes…….. 171
4.2.1.1. Variables indépendantes et dépendantes de l'enquête élèves…… 171
4.2.1.2. Variables indépendantes et dépendante de l'enquête enseignants……. 172
4.2.2.Les tableaux de contingences……... 172
4.2.3.L'analyse en composantes principales (ACP)…….. 175
Chapitre 8 : PRÉSENTATIONS DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES ÉLÈVES…… 176
1. **DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DES ÉLÈVES**…….. 176
1.1. Caractéristiques sociaux des élèves enquêtés……... 176
1.2. Répartition selon le sexe et l'âge…… 176
1.3. Répartition selon la classe fréquentée et la ville…….. 177
1.4. Répartition selon le groupement ethnique…… 177
1.5. Répartition selon la religion pratiquée et le degré de pratique religieuse élèves……. 178
2. **LES CONCEPTIONS INDIVIDUELLES DES ÉLÈVES SUR LA SEXUALITÉ**….. 179
2.1. Les conceptions autour du mot « sexualité »……... 179
2.2. Analyse des conceptions de la sexualité selon les déterminants socioculturels…….. 181
2.3. Niveau d'information des élèves en éducation à la sexualité……... 182
2.4. Intérêt accordé par les élèves au respect des règles religieuses sur la sexualité…… 183
3. **INFLUENCE DU GENRE SUR LES CONCEPTIONS INDIVIDUELLES DES ÉLÈVES DE LA RELATION SEXUELLE**…… 186
3.1. Conceptions des élèves de la relation amoureuse…… 186
3.2. Conceptions des élèves de la relation fille/garçon…….. 186
4. **RAPPORT DES ÉLÈVES A L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ**…… 197
4.1. Conception des élèves sur l'éducation à la sexualité à l'école……. 197
4.2. Rapport des élèves avec les adultes et leur entourage en éducation à la sexualité … 204
4.3. Principales sources d'information des élèves en matière de sexualité……. 209
5. **RELATION DES ÉLÈVES AVEC LES PARENTS SUR L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ**……... 213
5.1. Dialogue entre les élèves et leurs parents sur la sexualité……... 213
5.2. Aisance des parents à dialoguer avec leurs enfants sur la sexualité……. 213
5.3. Niveau de connaissances des parents sur la sexualité…….. 216

5.4. Les sujets de dialogues des élèves avec leurs parents sur la sexualité…… 218
5.5. Les principaux sujets de discussion sur la sexualité entre les élèves et leurs parents selon les facteurs socioculturels…….. 220
6. **LES BESOINS ÉDUCATIFS DES ÉLÈVES EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ**….. 223
6.1. Analyse des besoins éducatifs des élèves suivant les dimensions de la sexualité 223
6.2. Analyse de la répartition des besoins éducatifs des élèves selon les facteurs socioculturels…… 225
7. **EXPÉRIENCE SEXUELLE DES ÉLÈVES**…… 229
7.1. Expérience d'une relation amoureuse…….. 229
7.2. Discussion des sujets de sexualité dans le couple…… 230
7.3. Expérience de la pratique sexuelle……... 230
7.4. Analyse en composantes principales des réponses des élèves…… 235
7.4.1. Préalables……. 235
7.4.2. Statistiques descriptives…… 235
7.4.3. Corrélations entre les variables…… 236
7.4.4. Valeurs propres et variance expliquée…….. 236
7.4.5. Signification des axes et cercle des corrélations…….. 237
7.4.6. Classification Hiérarchique Ascendante…….. 239
7.4.7. Représentation des individus par classe……... 240
7.4.8. Description des classes……. 241
Chapitre 9 : PRÉSENTATIONS DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES ENSEIGNANTS…….. 242
1. **DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DES ENSEIGNANTS**……. 242
1.1. Répartition des enseignants selon leur sexe et leur âge…….. 242
1.2. Répartition des enseignants selon leur ville de résidence et leur groupe ethnique… 242
1.3. Répartition des enseignants suivant leur religion et leur degré de pratique religieuse…….. 243
1.4. Répartition des enseignants selon leur discipline et leur expérience……... 243
2. **CONCEPTIONS DES ENSEIGNANTS SUR L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ**…… 246
2.1. Représentation des enseignants sur l'éducation à la sexualité…… 246
2.2. Conceptions des enseignants sur la nécessité d'une éducation à la sexualité à l'école……... 246
2.3. Conceptions des enseignants sur le rôle de l'école en éducation à la sexualité……... 246
2.4. Conception des enseignants sur leur rôle en éducation à la sexualité……. 248
2.5. Conception des enseignants sur le rôle de la famille dans l'éducation à la sexualité des élèves……. 249
2.6. Conceptions des enseignants sur le rôle des parents dans l'éducation à la sexualité des élèves……. 250
2.7. Conception des enseignants sur le positionnement de l'éducation à la sexualité par rapport aux disciplines fondamentales……. 251
2.8. Conceptions des enseignants sur le contenu de l'éducation à la sexualité…….. 252
2.9. Conceptions des enseignants sur la légitimité de leurs compétences pour agir en éducation à la sexualité …….. 253
2.10. Conceptions des enseignants sur le rôle en éducation à la sexualité des 254

enseignants de SVT…….
2.11. Conception des enseignants sur l'utilité et l'efficacité de l'éducation à la sexualité…… 255
2.12. Influence du rôle accordé à l'école par les enseignants sur leurs conceptions de leur rôle en éducation à la sexualité de même que celui des parents et de la famille…….. 259
3. **PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ**……..... 261
3.1. Expériences des enseignants en éducation à la sexualité …… 261
3.2. Les thèmes abordés par les enseignants à l'école en éducation à la sexualité……. 261
3.3. Engagement futur des enseignants en ES à l'école…….. 263
3.4. Les facteurs nécessaires à l'implication des enseignants en ES…… 264
3.5. Les raisons avancées par les enseignants qui ne souhaitent pas faire de l'éducation à la sexualité……..……... 265
4. **FORMATION DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ ET RAPPORT AVEC LES PARTENAIRES EXTÉRIEURS**…… 268
4.1. Difficulté à parler de sexualité avec les adolescents…… 268
4.2. Formation en éducation à la sexualité…….. 269
4.3. Nécessité d'une formation en éducation à la sexualité……. 270
4.4. Niveau d'intérêt des enseignants pour l'éducation à la sexualité à l'école…… 271
4.5. Sentiment de compétence des enseignants en éducation à la santé…….. 273
4.6. Influence de la formation sur le niveau d'intérêt et le sentiment de compétence en éducation à la sexualité des enseignants……... 273
4.7. Le partenariat avec les acteurs extérieurs……..…… 275
4.7.1. Intérêt accordé par les enseignants à l'action avec les acteurs extérieurs……..... 275
4.7.2. Implication des Institutions religieuses…… 275
4.7.3. Implication des Associations et organismes de promotion de la santé……. 275
4.7.4. Utilité des Associations et organismes de promotion de la santé…… 278
5. Analyse factorielle de l'enquête auprès des enseignants……..…… 283
5.1. Préalables……. 283
5.2. Descriptions des variables…… 283
5.3. Variance totale expliquée et choix des composantes……..……. 283
5.4. Description des classes……...……. 285
Chapitre 10 : DISCUSSION…….……..... 287
1. Réflexions sur les résultats essentiels de l'enquête auprès des élèves…… 287
1.1. L'éducation à la sexualité, une nécessité pour les jeunes……...…… 287
1.2. L'école, un cadre légitime pour l'éducation à la sexualité des jeunes…… 288
1.3. Et les enseignants habilités à intervenir auprès des jeunes en éducation à la sexualité……..... 288
1.4. Une faible implication des partenaires extérieurs dans l'éducation à la sexualité…… 289
1.5. Et une absence relative des parents…….. 289
1.6. Compensée par une contribution forte des médias à l'information des élèves sur la sexualité …….. 290

1.7. Une articulation des conceptions individuelles de la sexualité et des besoins éducatifs des élèves autour des cinq dimensions de la sexualité……..... 291
1.8. Des besoins éducatifs particulièrement influencés par les sujets de dialogue avec les parents, et par les conceptions individuelles des élèves sur la sexualité……. 292
1.9. Mais un grand souci de la santé reproductive chez les élèves…….. 293
1.10. Une influence relative des facteurs socioculturels sur les élèves……. 294
2. Réflexions sur les résultats essentiels de l'enquête auprès des enseignants…… 297
2.1. Nécessité de l'éducation à la sexualité des jeunes……...… 297
2.2. Une position circonspecte quant au rôle de l'école en éducation à la sexualité…..… 297
2.3. Et au rôle de l'enseignant en éducation à la sexualité…… 298
2.4. Une légitimité accordée aux parents et à la famille comme acteurs de l'éducation à la sexualité des élèves…….. 299
2.5. Peu d'enseignants engagés en éducation à la sexualité à l'école, et qui envisagent de le faire…… 299
2.6. Un intérêt plutôt faible des enseignants pour l'éducation à la sexualité…….. 300
2.7. Une absence de formation des enseignants traduit par un sentiment d'incompétence…… 300
2.8. Une faible influence des facteurs socioculturels sur les conceptions et les pratiques des enseignants en éducation à la sexualité…….. 301
CONCLUSION GÉNÉRALE…….……. 304
BIBLIOGRAPHIE……... 307
ANNEXE 1 : CARTE DU CAMEROUN…….……. 325
ANNEXE 2 : RÉPARTITION DE LA POPULATION DU CAMEROUN PAR GROUPE D'AGE SELON LE SEXE…… 326
ANNEXE 3 : DÉCRET PORTANT INTÉGRATION DES CURRICULA D'EVF/EMP/VIH/sida……... 327
ANNEXE 4 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON DES ÉLÈVES…… 329
ANNEXE 5 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON DES ENSEIGNANTS……... 330
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ÉLÈVES……. 331
ANNEXE 7: QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ENSEIGNANTS…….……. 336
ANNEXE 8: ENQUÊTE ÉLÈVES : tri à plat…… 340
ANNEXE 9: ENQUÊTE ENSEIGNANTS : tri à plat……... 346
ANNEXE 10 : LISTE DES MOTS SUGGÉRÉS PAR DES ÉLÈVES POUR "SEXUALITÉ"…... 353
ANNEXE 11 : LISTE DES SUJETS DE DIALOGUE ENTRE LES ÉLÈVES ET LEURS PARENTS…….. 355
ANNEXE 12 : LISTE DES BESOINS ÉDUCATIFS DES ÉLÈVES EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ…… 356
ANNEXE 13 ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES : enquête enseignants…… 358

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les facteurs influençant la santé…….. 38
Figure 2 : Le modèle de promotion de la santé……..…….. 45
Figure 3 : Matrice des compétences psychosociales pour la promotion de la santé des enfants et des adolescents…….. 54
Figure 4 : Situation d'enseignement-apprentissage prototypique de J. Lebeaume……... 55
Figure 5 : Situation de formation ou d'éducation……. 56
Figure 6 : Situation d'éducation dans le domaine des éducations à……. 56
Figure 7 : La visée éducative dans le domaine des *éducations à*... ……... 57
Figure 8 : les différents champs de la sexualité…… 76
Figure 9 : Dimensions de la sexualité suivant le champ d'étude et la visée éducative…..... 80
Figure 10 : Le modèle IMHC……... 85
Figure 11 : Les dimensions de l'éducation à la sexualité……. 86
Figure 12 : Les conceptions comme le résultat de l'interaction entre les connaissances, les valeurs et les pratiques sociales de références…….. 98
Figure 13: La conception comme le résultat de l'interaction entre les connaissances, les représentations sociales et les pratique professionnelles de références……..... 99
Figure 14 : Pyramide par groupes d'âges de la population du Cameroun en 2010…….. 109
Figure 15 : Poids démographique des régions (%) en 2010……. 110
Figure 16 : Structure du sous-système éducatif francophone camerounais…….…. 117
Figure 17 : Nombre moyen d'élèves pour 50 places assises au primaire……. 118
Figure 18 : Nombre moyen d'élèves pour 60 places assises au secondaire……. 120
Figure 19 : rapports sexuels précoces selon le milieu de résidence au Cameroun……... 129
Figure 20 : Répartition des cas notifiés d'IST selon les étiologies en 2009 au Cameroun... 133
Figure 21 : Ordonnancement de la construction de l'échantillon élèves…….. 162
Figure 22 : objectifs visés par le questionnaire élèves…….. 164
Figure 23 : objectifs visés par le questionnaire enseignants……. 165
Figure 24 : conceptions des élèves du mot « sexualité » suivant les dimensions de la sexualité……. 179
Figure 25 : liste des principaux mots énoncés par les élèves, qui constituent les différentes dimensions de la sexualité……..……. 180

Figure 26 : les sujets de dialogues des élèves avec leurs parents suivant les cinq dimensions de la sexualité……. 218
Figure 27 : les principaux sujets de discussion sur la sexualité entre les élèves et leurs parents suivant les différentes dimensions de la sexualité……. 219
Figure 28 : les principaux besoins éducatifs des élèves en éducation à la sexualité suivant les différentes dimensions de la sexualité……. 223
Figure 29 : les principaux besoins éducatifs des élèves en éducation sur la sexualité suivant les différentes dimensions de la sexualité……...…….. 224
Figure 30 : Diagramme de l'ACP de l'enquête auprès des enseignants…….. 285

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les modèles de santé…… 41
Tableau 2 : Articulation entre les modèles de la santé de Fortin (2004) et la situation d'éducation dans le domaine des *éducations à*… …….... 61
Tableau 3 : Analyse des dimensions de la sexualité suivant le champ de l'étude et la visée éducative en éducation à la sexualité……...… 77
Tableau 4 : les principaux indicateurs démographique du Cameroun……. 110
Tableau 5 : Données générales sur la fécondité actuelle au Cameroun…….. 111
Tableau 6 : Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants……. 112
Tableau 7 : Nombre moyen d'enseignants pour une école primaire de 280 élèves (moyenne nationale), selon la province en 2002/2003……..……... 119
Tableau 8 : les différents taux de scolarisation entre 2002 et 2008 au Cameroun……. 121
Tableau 9 : Taux de fréquentation scolaire des 12-18 ans par sexe dans le secondaire au Cameroun……... 121
Tableau 10 : taux d'analphabétisme par sexe au Cameroun…… 122
Tableau 11 : Évolution des cas notifiés d'IST au Cameroun entre 2006 et 2009…… 132
Tableau 12 : Connaissance du VIH/sida par les personnes âgé de 15-49 ans……. 134
Tableau 13 : Connaissance des moyens de prévention du VIH…… 136
Tableau 14 : Pourcentage de femmes ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, qui ont utilisé un préservatif…… 137
Tableau 15 : Pourcentage d'hommes ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, qui ont utilisé un préservatif…….……. 138
Tableau 16 : Répartition (%) des élèves selon les déterminants socioculturels……. 177
Tableau 17 : Répartition (%) des élèves suivant leurs représentations du mot « sexualité »…. 182
Tableau 18 : Répartition (%) des élèves selon leur niveau d'information en sexualité…... 183
Tableau 19 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils jugent important ou non de respecter les règles religieuses en sexualité…… 184
Tableau 20 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de la relation amoureuse…. 187
Tableau 21-1 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de la relation fille/garçon…….. 188
Tableau 21-2 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions du rapport des garçons au sexe……..……... 189
Tableau 21-3 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de la gestion du couple…. 190
Tableau 21-4 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de l'expression du sentiment par les garçons……. 191
Tableau 21-5 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions du chagrin d'amour…. 192

Tableau 21-6 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions du rapport sexuel comme preuve d'amour…… 193
Tableau 21-7 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de la fille qui prend l'initiative de la protection d'un rapport sexuel…… 194
Tableau 21-8 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de l'usage du film pornographique……... 195
Tableau 22-1 : Répartition (%) des élèves selon l'intérêt qu'ils trouvent à ce que soit débattue la sexualité à l'école…….. 198
Tableau 22-2 : Répartition (%) des élèves selon l'idée qu'ils se font de l'impact de l'éducation à la sexualité sur leur santé future…… 199
Tableau 22-3 : Répartition (%) des élèves selon la place qu'ils attribuent à l'école dans leur éducation à la sexualité…….. 200
Tableau 22-4 : Répartition (%) des élèves selon l'idée qu'ils se font d'une prise en charge simultanée de leur éducation à la sexualité par l'école et la famille…… 201
Tableau 22-5 : Répartition (%) des élèves selon l'idée qu'ils se font d'une éducation à la sexualité des enfants exclusivement par la famille…… 202
Tableau 22-6 : Répartition (%) des élèves selon la place qu'ils accordent à l'enseignant comme acteur de leur éducation à la sexualité…….. 203
Tableau 22-7 : Répartition (%) des élèves selon l'idée qu'ils se font de l'éducation à la sexualité des enfants exclusivement par les parents…….. 204
Tableau 23-1 : Répartition (%) des élèves selon le degré de difficulté qu'ils ont à parler de sexualité avec les adultes…… 205
Tableau 23-2 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils aient dans leur entourage un adulte auprès de qui ils peuvent se référer en cas de nécessité…… 206
Tableau 23-3 : Répartition (%) des élèves selon les personnes avec qui ils discutent habituellement des sujets de sexualité……... 208
Tableau 23-4 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils connaissent une structure associative où ils pourraient se rendre pour s'informer en sexualité…… 209
Tableau 24 : Répartition (%) des élèves selon leurs sources d'information en sexualité… 210
Tableau 25-1 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils discutent de la sexualité à la maison avec leurs parents……..… 214
Tableau 25-2 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils jugent leur parents à l'aise pour parler de sexualité avec eux…… 215
Tableau 25-3 : Répartition (%) des élèves selon le niveau de connaissances qu'ils attribuent à
leurs parents en matière de sexualité…….. 217
Tableau 26 : Répartition (%) des élèves selon les sujets de dialogue qu'ils ont habituellement avec leurs parents sur la sexualité…… 221
Tableau 27 : Répartition (%) des élèves selon leurs besoins éducatifs en sexualité…… 226

Tableau 28-1 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils aient une déjà eu une relation amoureuse…….. 229
Tableau 28-2 : Répartition (%) des élèves selon qu'il discute de la sexualité avec leur partenaire…… 230
Tableau 28-3 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils aient déjà embrassé leur amoureux sur la bouche……. 231
Tableau 28-4 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils aient déjà échangé des caresses avec quelqu'un……... 232
Tableau 28-5 : Répartition (%) des élèves selon leurs pratiques en sexualité……. 233
Tableau 29 : Répartition (%) des enseignants suivant les différents déterminants socioculturels……... 245
Tableau 30-1 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur la nécessité d'une ES…….. 247
Tableau 30-2 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le rôle de l'école en ES…… 248
Tableau 30-3 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur leur rôle en ES…… 249
Tableau 30-4 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le rôle de la famille en ES…….. 250
Tableau 30-5 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le rôle des parents en ES…….. 251
Tableau 30-6 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le positionnement de l'ES par rapport aux matières fondamentales…….. 252
Tableau 30-7 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le contenu de l'ES…… 253
Tableau 30-8 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur la légitimité qu'ils pourraient avoir à intervenir en ES en raison de leur manque de compétence…… 254
Tableau 30-9 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le rôle en ES des enseignants de SVT……..... 255
Tableau 30-10 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur l'efficacité de l'ES……. 256
Tableau 30-11 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur l'influence de l'ES sur l'entrée précoce en sexualité des élèves……... 257
Tableau 30-12 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur l'influence de l'ES sur l'augmentation de l'activité sexuelle chez les élèves……..... 258
Tableau 30-13 : Répartition (%) des enseignants selon le rôle qu'ils accordent à l'école dans l'ES des élèves et la place qu'ils accordent aux enseignants et aux parents… 259

Tableau 31-1 : Répartition (%) des enseignants selon qu'ils aient déjà mené des actions à l'école en ES ou non…… 262
Tableau 31-2 : Répartition (%) des enseignants ayant intervenu en ES à l'école, suivant les thèmes abordés…… 263
Tableau 32-1 : Répartition (%) des enseignants selon qu'ils souhaiteraient mener des actionsà l'école en ES ou non…… 264
Tableau 32-2 : Facteurs nécessaires pour faciliter l'implication des enseignants dans les actions d'ES à l'école…….. 265
Tableau 32-3 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs motivations à ne pas envisager mener des actions ES…….. 266
Tableau 33-1 : Répartition (%) des enseignants selon qu'ils jugent difficile de parler de sexualité avec les adolescents ou non…… 269
Tableau 33-2 : Répartition (%) des enseignants selon qu'ils aient une formation en ES ou non…….. 270
Tableau 33-3 : Répartition (%) des enseignants selon qu'ils ressentent le besoin d'une formation en ES ou non…….. 271
Tableau 33-4 : Répartition (%) des élèves selon leur degré d'intérêt pour l'ES…….. 272
Tableau 33-5 : Répartition (%) des élèves selon leur sentiment de compétence en ES…... 274
Tableau 33-6 : Répartition (%) des enseignants suivant l'influence de la formation sur leur niveau d'intérêt et leur sentiment de compétence en ES…… 274
Tableau 34-1 : Répartition (%) des enseignants selon ce qu'ils pensent du partenariat en ES avec des acteurs extérieurs à l'école…… 276
Tableau 34-2 : Répartition (%) des enseignants selon la place qu'ils accordent aux institutions religieuses dans l'ES des élèves…… 277
Tableau 34-3 : Répartition (%) des enseignants selon la place qu'ils accordent aux structures de promotion de la santé dans l'ES des élèves…….. 278
Tableau 34-4 : Répartition (%) des enseignants selon qu'ils jugent que les structures de promotion de la santé puissent leur être utiles ou non…… 279
Tableau 34-5 : Attentes des enseignants à l'égard des Associations et Organismes de promotion de la santé…… 280
Tableau 35 : Variance totale expliquée ACP enseignants…… 284

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ASPC : Agence de la Santé Publique du Canada

CACP : enquêtes sur les Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques

CEMAC : Commission de la Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale

CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida

EDS : *Enquête* Démographique et de Santé

EDS-MICS : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

ENIEG : Écoles Normales d'Instituteurs de l'Enseignement Général

ENS : École Normale Supérieur

EPS : Éducation Physique et Sportive

ES : Éducation à la Sexualité

ESF : Éducation Sociale et Familiale

EVF/E-MP/VIH/sida :

DIPES I : Diplôme de Professeur de l'Enseignement Secondaire premier grade

DIPES II : Diplôme de Professeur de l'Enseignement Secondaire deuxième grade

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INS : Institut National de Statistique (Cameroun)

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST : Infections sexuellement transmissibles

IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maitres

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MEN : Ministère de l'Éducation Nationale (France)

MICS : *enquête* à indicateurs multiples

MINEDUB : Ministère de l'Éducation de Base du Cameroun

MINEDUC : Ministère de l'Éducation Nationale du Cameroun

MINESEC : Ministère des Enseignements Secondaires au *Cameroun*

MINSANTE : Ministère de la santé (Cameroun)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme Commun des Nations-Unies pour le VIH/SIDA

PIB : Produit Intérieur Brut

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SVT : Science de la Vie et de la Terre

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[1] a joué un rôle majeur dans le développement de l'éducation à la santé dans les pays du nord. Cette charte constitue « un des textes fondamentaux de la santé publique moderne et suggère un [ensemble] de méthodes particulièrement adapté à la lutte contre les excès de la mondialisation économique et ses effets sur la santé » (Deschamps, 2003, p. 313). Sa particularité et son intérêt réside dans le fait qu'elle encourage des démarches multifactorielles combinant une variété de stratégies en matière de prévention ou de promotion de la santé (Vandoorne, 2007). Cette charte a suscité l'intérêt des chercheurs tant du champ de la santé que du champ des sciences humaines et sociales, établissant progressivement l'éducation et la promotion de la santé comme domaine de recherche (Lévesque et al., 2000; McQueen & Anderson, 2000 ; O'Neill & Cardinal, 1998). La promotion de la santé recouvre un nombre important de thématiques, qui se traduit par un nombre croissant de spécialités proposé en formation dans les universités, et notamment l'éducation à la sexualité. Mener une recherche en éducation à la sexualité est donc tout à fait opportun, considérant que la sexualité fait partie intégrante de la personne humaine et que l'épanouissement et la santé sexuelle constituent une préoccupation réelle de l'individu.

Les recherches sur la sexualité abondent, celle-ci n'étant l'apanage d'aucun champ de la recherche. En effet, du domaine de la santé publique à celui des sciences de l'éducation en passant par ceux de la sociologie, de la psychologie, de la sexologie, de l'anthropologie et de la démographie, de nombreux chercheurs s'y sont intéressés. Ces recherches ont permis d'accroître les connaissances sur cette dimension de l'humain, sur le comportement sexuel est ses déterminants, sur les risques liés à la vie sexuelle, sur les moyens de préserver la santé sexuelle, etc. Se lancer aujourd'hui dans une recherche dans le domaine expose donc au risque de reproduire des résultats préexistants, rendant par le même fait la recherche inintéressante, sinon ordinaire. Le positionnement de notre recherche dans ce champ représente donc à la fois un risque et un défi : risque de manquer d'originalité, défi de trouver un angle d'attaque qui innove et donne à la recherche tout son sens.

[1] « *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* ». Organisation mondiale de la santé, novembre 17-21, 1986

Le fait de mener notre recherche en Afrique subsaharienne permet de surmonter ce risque, dans un contexte sanitaire africain dominé par l'épidémie du sida. Mais elle n'en fait pas son originalité. En effet, en Afrique subsaharienne, les premières études sur les comportements sexuels remontent à la période coloniale, et visaient à cerner les causes d'infécondité et de stérilité répandues surtout en Afrique Centrale (Locoh, 1984 ; Rwenge, 1999 ; 2000). Ces recherches sur la fécondité, menées majoritairement par des démographes et des anthropologues, ont dominé l'espace de la recherche sur la sexualité dans les pays d'Afrique subsaharienne jusqu'à l'apparition et la propagation du VIH/sida dans la région au début des années 1980.

La prévalence de cette épidémie dans la région redirige en effet les recherches sur la sexualité en Afrique subsaharienne. En quelque années, « le corpus de la littérature sur le sida en Afrique [prend] une expansion considérable sur tous les aspects de ce sujet » (Chevallier-Schwartz, 1993, p. 45). L'urgence d'apporter des réponses efficaces à l'épidémie du VIH/sida qui est « un facteur majeur dans la chute globale du niveau de développement en Afrique subsaharienne » (Nay, 2005, p. 95), justifie cette abondance des recherches sur la sexualité et le comportement sexuel dans la région. Ces recherches sur le VIH/sida ont permis de profiler les comportements sexuels favorisant la transmission et la propagation du virus dans les pays de la région, ainsi que les déterminants desdits comportements (Becker, Dozon, Obbo & Touré, 1999 ; Kuaté-Defo, 1998). A propos des chercheurs impliqués dans les études sur le sida en Afrique Rwenge (1999) note: « leurs recherches en Afrique subsaharienne, portant surtout sur les aspects socioculturels et démographiques du sida, ont fourni d'abondantes informations concernant la sensibilisation et les connaissances sur le VIH et le sida, les modes de transmission et de propagation du VIH, les attitudes à l'égard des personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida, les comportements sexuels, etc. » (p. 217).

Pourtant, le fait d'avoir toutes ces informations, n'ont pas permis aux actions de sensibilisation et de prévention qui en ont découlé, d'arrêter l'avancée de l'épidémie du VIH/sida. De nombreuses contaminations sont en effet déclarées chaque année dans la région comme le constate l'ONUSIDA (2011) : « l'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée par le VIH. En 2010, près de 68 % de toutes les personnes vivant avec le VIH résidaient en Afrique subsaharienne, une région qui ne représente que 12 % de la population mondiale. L'Afrique subsaharienne était également à l'origine de 70 % des

nouvelles infections[2] en 2010 » (p. 7). Cette prévalence du VIH/sida oriente la plupart des recherches africaines sur la sexualité, le VIH/sida s'étant imposé comme *le danger majeur* d'un comportement sexuel à risque. Tout se passe alors comme si le fait de se protéger contre le VIH/sida (en d'autre terme, mettre un préservatif lors d'un rapport sexuel) équivalait à mener une vie sexuelle épanouissante.

Parmi les recherches menées en Afrique, les plus en vue sont les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), les enquêtes à indicateurs multiples (MICS) et les enquêtes sur les Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques (CACP)[3] ou les enquêtes sur les Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP)[4]. Les enquêtes EDS et MICS fournissent des données sur la situation démographique et sanitaire des pays, tandis que l'enquête CACP ou CAP permet de suivre l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements des adultes face au virus du sida. Les résultats de ces recherches menées sur le VIH/sida en Afrique établissent clairement un lien entre le niveau de connaissances sur le VIH/sida et le fait d'adopter ou non un comportement sexuel à risque (Caraël, 1995). Leurs conclusions sont à la base des actions engagées en Afrique pour lutter contre cette épidémie du VIH/sida. Parmi les actions initiées dans les pays d'Afrique, l'ONUSIDA préconise comme moyen de prévention la « Communication pour le Changement Sociale » (CCS) qui « consiste en l'utilisation de stratégies de plaidoyer, de communication, et de mobilisation sociale pour faciliter ou accélérer le changement social » (p. 90). Selon ce rapport sur l'épidémie mondiale de sida, les programmes de CCS associant l'utilisation des médias, les stratégies d'engagement communautaire et d'autonomisation, et autres formes d'action de persuasion et de communication informatives et motivantes sont les moyens susceptibles d'aider à changer les attitudes et les comportements qui contribuent à la propagation du VIH et à la vulnérabilité des populations (ONUSIDA, 2008). L'idée est alors d'accroitre les connaissances pour induire des pratiques sexuelles sans risque.

Lorsqu'elles sont entreprises, les actions en éducation à la sexualité sont également influencées par ces recherches qui tendent à focaliser l'action éducative sur l'information et la transmission des savoirs biomédicaux. A l'école, les contenus des programmes d'éducation à la sexualité, inclus très souvent dans les programmes de biologie, s'articulent également

[2] On estime à 2,7 millions [2,4-2,9 millions] le nombre de nouvelles infections à VIH en 2010, dont 390 000 enfants [340 000-450 000. Source Onusida (2011).
[3] Il s'agit de la traduction française de l'enquête Knowledge, attitudes, beliefs and practices (KABP)
[4] Il s'agit de la traduction française de l'enquête Knowledge, attitudes and practices (KAP)

autour des connaissances scientifiques relatives aux IST et VIH/sida, et accessoirement aux grossesses précoces et aux interruptions volontaires de grossesses.

Même si ces actions ont connu une certaine réussite elles ont toutefois montré leurs limites à inscrire durablement les individus dans l'adoption des comportements sexuels favorables à leur santé. En témoigne la nouvelle orientation donnée à l'éducation à la sexualité en milieu scolaire par l'UNESCO (2010), de concert avec l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'UNFPA. Cette nouvelle orientation appelle à une action globale en éducation à la sexualité et présente en deux volumes les biens fondés d'une éducation à la sexualité à l'école et le contenu d'un programme en éducation à la sexualité jugé efficace. L'élaboration des thèmes de ce programme a été faite sur la base de l'analyse des programmes scolaires[5] existant et sur l'expérience pratique de plusieurs experts des organismes suscités. Sans remettre en question la qualité du travail réalisé, nous nous interrogeons toutefois sur sa réappropriation, son intégration et sa mise en œuvre dans le système scolaire des pays d'Afrique subsaharienne. Dans quelle mesure cette directive internationale prend-t-elle en compte les spécificités locales de ces pays ? Quels peuvent être au niveau de ces pays, les leviers et les obstacles à la mise en œuvre de ces directives ? Que fait-on de l'avis des élèves et des enseignants ? Ces directives correspondent-elles réellement aux besoins des élèves en éducation à la sexualité ? Les enseignants sont-ils prêts à s'y investir et en ont-ils les moyens ?

En considérant les élèves et les enseignants et en nous situant particulièrement dans le cadre du Cameroun, si sur la base des enquêtes CAP, EDS ou MICS réalisées dans le pays on a pu profiler le comportement sexuels des jeunes et leurs déterminants, aucune étude ne s'est à notre connaissance penchée sur leur rapport à l'éducation à la sexualité. Ainsi nous ne disposions avant ce travail d'aucune base de connaissances existant aussi bien sur les conceptions et les besoins exprimés des élèves en éducation à la sexualité, que sur les conceptions et les pratiques des enseignants en éducation à la sexualité. De même malgré

[5]Pour l'élaboration des *thèmes et objectifs d'apprentissage*, un examen des programmes scolaires existants dans 12 pays, ainsi que des principes directeurs et des normes, identifiés par des informateurs principaux, a été spécialement réalisé, et complété par des recherches dans des bases de données, sur des sites Internet et dans des listes de diffusion électroniques connexes (…). L'élaboration des *Principes directeurs* s'est poursuivie sur la base d'entretiens d'informateurs principaux avec des experts de premier plan (…) et des travaux d'une réunion de consultation technique mondiale qui a réuni, en février 2009, des experts de 13 pays (…). Des collègues de l'ONUSIDA, de l'UNESCO, du FNUAP, de l'UNICEF et de l'OMS ont également apporté leur contribution. Ainsi, bien que nullement exhaustifs, quelques-uns de ces thèmes et objectifs d'apprentissage sont solidement étayés par des données probantes et tous s'appuient sur l'expérience pratique. (Unesco, 2010)

l'introduction du module d'Éducation à la Vie Familiale (EVF), en Matière de Population (E-MP), à l'éducation préventive au VIH et sida dans les programmes scolaires camerounais en janvier 2007, nous n'observons qu'un timide engagement des enseignants à s'y investir sans qu'on sache qu'elles en sont les raisons, et encore moins ce qu'il faut faire pour les mobiliser davantage.

Notre positionnement de chercheur et nos questions de recherche

Notre positionnement de chercheur découle ainsi aussi bien des limites des enquêtes existant sur la sexualité en Afrique et de l'absence d'une base de connaissances sur le rapport des élèves et des enseignants à l'éducation à la sexualité, que sur la nécessaire interrogation sur la portée internationale des *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* établi par l'Unesco (2010) et ses partenaires. Il nous parait en effet que construire des actions en éducation à la sexualité basées uniquement sur l'existence d'un lien entre les connaissances et les comportements n'assure pas leur efficacité, tout comme établir un curricula univoque des contenus des programmes en éducation à la sexualité est discutable. Par contre il est nécessaire que soient prises en compte dans les projets d'éducation à la sexualité à l'école, aussi bien la parole des élèves que celle des enseignants qui sont les acteurs clés de cette action.

Nous évitons ainsi de mener une étude du type KABP qui nous conduirait à des résultats connus sur les connaissances et les comportements des individus en Afrique. Par contre, dans la perspective d'une éducation à la sexualité efficace dans les pays d'Afrique subsaharienne, nous nous interrogeons d'une part sur les conceptions des élèves et des enseignants sur cette éducation, et d'autre part sur les besoins éducatifs effectifs des élèves en éducation à la sexualité, de même que sur les pratiques actuelles des enseignants en éducation à la sexualité. Les élèves ciblés par notre recherche sont théoriquement un public moins jeunes (entre 10 et 19 ans) que celui des enquêtes EDS, MICS, CACP ou CAP dirigées vers un public de 15 ans et plus. Le choix de ce public d'élèves moins âgé est justifié d'un part par le fait qu'il est encouragé des mener des actions en éducation à la sexualité très tôt (Inserm, 2001 ; Kirby, 1995), et d'autre part par le fait que théoriquement, les élèves de cette tranche d'âge sont en

plein dans leur période adolescente[6], une période où les questions de sexualité se posent à eux de manière vive.

Nos questions de recherche

Après le cadrage de notre travail établi ci-dessus, nous envisageons de répondre dans notre recherche à deux questions précises :

- Dans quelle mesure les conceptions et les besoins éducatifs en éducation à la sexualité des élèves du premier cycle peuvent-ils permettre d'assoir l'implémentation des dispositifs d'éducation à la sexualité au Cameroun ?

- En quoi les conceptions et les pratiques professionnelles des enseignants sont-elles influencées par les facteurs socioculturels et constituent un ensemble d'obstacles à la mise en place des dispositifs d'éducation à la sexualité au Cameroun ?

Nos hypothèses de recherche

Nos questions de recherche seront évaluées à partir de deux hypothèses principales :

- Les conceptions individuelles des élèves dont les caractéristiques sont spécifiques à la population camerounaise, sont favorables à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité à l'école. Leurs besoins éducatifs sont corrélés à leurs conceptions de la sexualité et leur rapport à la sexualité en famille.

- Les conceptions individuelles des enseignants sont peu favorables à l'éducation à la sexualité à l'école. Elles reposent sur un ensemble de représentations sociales et professionnelles qui constituent des obstacles au développement de l'ES.

Notre démarche

Afin d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés, nous mènerons deux enquêtes par questionnaire :

[6] « De façon générale, on peu définir l'adolescence comme la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Cette transition s'accompagne d'une accession à la maturité sur trois plans principaux : physique, psychologique et social. (…) Parfois on utilise l'expression "les jeunes gens" ou "les jeunes" au lieu de "les adolescents" (OMS, 1982, p. 3).

- La première enquête sera menée auprès des élèves des classes de quatrième et de troisième de l'enseignement général public du Cameroun.
- La seconde enquête sera menée auprès des enseignants des collèges d'enseignement général public du Cameroun.

Une analyse statistique à l'aide de logiciels de traitement statistique (en l'occurrence SPSS et PASW 18) sera faite, et les données seront croisées à chaque fois avec les facteurs socioculturels afin d'apprécier leurs influences sur les résultats obtenus.

Une exploitation fine des éléments d'analyse de notre cadre théorique viendra consolider celle des données issues de nos enquêtes, pour évaluer les obstacles et les leviers à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans les écoles camerounaises.

Organisation de notre recherche

Notre recherche sera structurée en trois parties :

La première partie exposera le cadre conceptuel qui sous-tend notre recherche. Il nous permettra de clarifier un ensemble de concepts liés à notre champ d'étude, puis d'établir et justifier les concepts théoriques que nous réutiliserons dans notre analyse.

La deuxième partie sera consacrée à la présentation du cadre de notre recherche. Ce sera pour nous l'occasion de faire une présentation générale du Cameroun et de faire un état des lieux des connaissances existant sur la sexualité des jeunes au Cameroun. A partir du corpus littéraire existant sur la sexualité dans les pays d'Afrique subsaharien, nous dresserons un état des déterminants du comportement sexuel des jeunes dans ces pays africains.

La troisième partie de notre travail sera consacrée à la description et à l'analyse des données issues de notre recherche. Nous présenterons d'abord les résultats de notre enquête auprès des élèves, ensuite ceux de notre enquête auprès des enseignants. La présentation de ces résultats sera articulée en fonction de nos objectifs de recherche.

Notre conclusion générale sera pour nous l'occasion de faire le point sur notre recherche et de tirer les enseignements nécessaires pour une mise en œuvre efficace de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire au Cameroun.

PREMIÈRE PARTIE

LE CADRE CONCEPTUEL
DE L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

L'éducation à la sexualité a pour objet la sexualité humaine et pour finalité la santé sexuelle des individus. Comme toutes les autres *éducations à…*, elle contribue à l'amélioration globale de la santé individuelle et collective des personnes. En cela, l'éducation à la sexualité participe à la promotion de la santé des populations. Elle s'inscrit dans le cadre de l'éducation à la santé d'où elle tire les éléments théoriques de sa démarche.

Plusieurs concepts sont évoqués ci-dessus. Il convient de les éclaircir et de définir comment ils s'articulent entre eux dans le cadre de notre recherche. C'est l'objet de cette première partie de notre travail, qui vise non seulement à définir des concepts tels que la santé, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, les *éducations à …*, l'éducation à la sexualité, la santé sexuelle, etc., mais également à mettre à jour les relations existant entre ces différentes notions.

Chapitre 6

SANTÉ, PROMOTION DE LA SANTE ET ÉDUCATION A LA SANTÉ : QUE RETENIR ?

1. Évolution du concept de santé

Pour mieux saisir le sens que prend aujourd'hui la majorité des concepts liés à la santé, il est nécessaire que soit mise en perspective l'évolution de la notion de santé au fil du temps. Ceci afin de comprendre comment et pourquoi d'une conception *« négative »* de la santé au début du 19ème siècle, on est parvenu à une conception plutôt *« positive »* autour de laquelle s'arriment aujourd'hui la majorité de concepts relatifs à la santé des individus et des communautés.

1.1. Les modèles théoriques de santé

D'après Nkoum (2010), lui-même citant Billon (2000), « le modèle serait...un ensemble de principes, d'axiomes et de postulats rendant lisible les discours et les pratiques qui en découlent ». Le modèle a ainsi un pouvoir explicatif permettant de donner sens à des phénomènes complexes de manière simple et compréhensible. Grâce à l'idée que traduit un modèle, il devient facile, dans le cadre d'un programme de santé par exemple, de définir des objectifs, d'élaborer une démarche méthodologique et de se donner les moyens d'atteindre ces objectifs. La traduction d'un phénomène complexe en un modèle facile à comprendre est d'une importance capitale, d'autant plus qu'il peut permettre de communiquer de manière aisée avec un public non initié. Parler de modèle de santé revient ainsi à formaliser le concept de santé de manière à le rendre le plus intelligible possible autant par des professionnels que des non-professionnels.

1.2. Le modèle biomédical de la santé

Historiquement[7], la santé c'est l'absence de maladie, « la santé c'est la vie dans le silence des organes » (Leriche, 1937). La santé dans cette optique est contraire à la maladie, et évacue tout élément apparent susceptible de faire référence à la maladie. Bien avant Leriche, Diderot

[7] Bury J. (1998) cite Dombret-Klinkenberg (1985), qui situe l'origine de cette conception biomédicale de la santé à la plus haute antiquité.

(1751) évoquait déjà cette vision de la santé. En effet, dans la *Lettre sur les sourds et muets*, il écrivait : « quand on se porte bien aucune partie du corps ne nous instruit de son existence ; si quelqu'une nous en avertit par la douleur c'est, à coup sûr, que nous nous portons mal… » (p. 368). Cette vision de la santé est également partagée par Daremberg (1865). Pour lui en effet, « ce qui caractérise spécialement l'état de santé, c'est qu'on ne sent pas les mouvements de la vie : toutes les fonctions s'accomplissent en silence et sans réaction dans l'intimité des tissus » (p. 323).

Cette acception de la santé comme une absence de maladie constitue le modèle biomédical de la santé, un modèle de santé qualifiée par certains auteurs de *conception linéaire* de la santé (Bury, 1988) ou de *modèle organiciste* (Eymard, 2004). Cette définition biomédicale de la santé propose une approche centrée sur la maladie. Elle met l'accent sur le traitement de maladies physiques, sans se préoccuper des problèmes d'ordre psychologique et/ou social pouvant affecter la santé de l'individu. Le modèle biomédical de la santé est ainsi à la base des actions de médecine préventive, notamment de l'apprentissage de l'hygiène. Il s'agit des actions dans lesquelles l'individu ne fonctionne pas en tant que sujet opérant, mais plutôt comme un exécutant des consignes qui engagent sa responsabilité en cas d'échec. Ces actions procèdent généralement par la stigmatisation des comportements individuels et collectifs jugés à risque, et la prescription de comportements considérés comme sains. Le modèle biomédical de la santé est susceptible de générer un fort sentiment de culpabilité chez les personnes confrontées à la maladie, et une forte propension à la médicalisation. De même, la notion de liberté humaine inhérente à la vie de toute personne est menacée dans le modèle biomédical de la santé, puisque ce modèle laisse peu de place à la capacité de l'individu à user d'une pensée critique. Cette approche n'implique généralement que les structures de santé comme moyen de prévenir et de rétablir la santé.

En plus des restrictions de la conception biomédicale de la santé relevées ci-dessus, le fait qu'elle occulte les dimensions psychologique et sociale de la santé constitue une véritable limite de cette approche de la santé. En effet, sans nul doute, « la notion de santé revêt … un caractère multidimensionnel selon les contextes sociaux culturels et selon d'autres caractéristiques des individus » (Pineault & Daveluy, 1995). Par ailleurs ce modèle peut paraître injuste et discriminant à l'égard des personnes naturellement ou accidentellement handicapées. Comment les considérer autrement que comme des malades, au regard de cette définition de la santé ? Ne serait-ce pas une double peine pour des personnes qui peuvent déjà vivre mal le fait d'être diminuées physiquement ou génétiquement par rapport aux autres,

alors même qu'aucun traitement ne peut remédier totalement à leur handicap ? L'après guerre (1ère et 2ème guerres mondiales) pose d'ailleurs crument cette interrogation avec son lot de handicapés.

1.3. Le modèle global, holistique ou biopsychosocial de la santé

Face à la limite du modèle biomédical de la santé, l'acte constitutif de l'OMS (1946) propose dans son préambule une nouvelle définition de la santé : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». C'est l'approche biopsychosociale de la santé. Cette approche positive et globale de la santé suppose non seulement l'absence de maladie, mais aussi « l'amélioration de la qualité de la vie, le fonctionnement efficace, la capacité de fonctionner à des niveaux plus productifs ou plus satisfaisants et la possibilité de vivre toute sa vie avec vigueur et énergie » (Green & Kreuter, 1991, traduction libre, p. 27). Le modèle holistique ou global de la santé a le mérite d'établir un équilibre entre les composantes physique, mentale et sociale, et « tient compte des interactions très variées et complexes entre les facteurs sociaux, économiques, physiques et environnementaux qui contribuent à la santé et au bien-être individuel » (ASPC, 2008, p. 5). Il rend ainsi compte de ce qui fait l'essence de l'humain : un être biologiquement construit, au comportement psychiquement élaboré, façonné par son environnement avec lequel il interagit perpétuellement.

Toutefois, si le modèle biopsychosocial de la santé intègre parfaitement l'individu comme un sujet complexe et multidimensionnel, il introduit cependant une grande part de subjectivité dans la notion de santé. Le *"bien-être"* est une notion essentiellement relative, variant d'un individu à un autre, d'une classe d'âge à une autre, d'un milieu social à un autre, etc. Bien que cette relativité de l'idée de *"bien-être"* soit a priori problématique pour la santé, elle peut cependant être analysée positivement. Si chacun peut définir son état de bien-être, la disparité des niveaux de santé dans le monde ne constituerait plus en soi un problème. Cette conception positive de la notion du *"bien-être"*, met en lumière une interprétation préjudiciable de l'approche globale de la santé telle que le définit l'OMS. En effet, combien de personnes dans le monde sont du jour au lendemain confrontées à leur statut de séropositivité ou à un cancer, alors que la veille, ils étaient dans un état absolu de bien-être physique, psychologique et mental ? On peut ainsi être malade bien qu'on ressente un certain bien-être, le *"silence des organes"* ne justifiant pas nécessairement un état de santé effectif. C'est très souvent le cas dans la situation des maladies ayant une période d'incubation longue et sournoise. S'en tenir à

son sentiment de bien-être comme preuve de son bon état de santé conduirait bien de personnes à se passer des solutions préventives comme les tests de dépistage (cancer, IST/VIH, hépatites...).

Cette définition reste encore d'actualité, même si elle n'a pas échappé à la critique qui la juge utopique. Parce qu'il est évident « qu'il est déjà moins facile qu'on ne le croit de définir une déviation du fonctionnement normal du corps, que ceci devient très difficile dès qu'il s'agit de déviation psychologique ou sociale, et que se mettre d'accord sur la nature de ce que constitue véritablement le bien-être est irréalisable » (Bury, 1988, p. 17). L'usage dans cette approche biopsychosociale d'une expression aussi vague que *"l'état de bien-être"* la rend difficile à évaluer, et « les possibilités de discussions et de désaccord sont à peu près infinies, car l'état de bien-être peut faire référence à n'importe quel état éthique, philosophique ou spirituel, souhaitable » (Bury, 1988, p. 17). Ce que corrobore Nkoum (2010) qui suggère que « la notion de "bien-être" prise comme norme de santé est difficile à apprécier. Subjective, elle est relative pour un même individu selon le lieu, le moment et la perspective envisagée » (p. 48).

Outre l'ambigüité de cette notion du *"bien-être"*, la définition que donne l'OMS (1946) de la santé présente un caractère *statique* et pose un autre problème, étant entendu que la notion de santé est essentiellement dynamique. Présenter la santé comme un *"état"* c'est nier le fait que la santé est finalement un équilibre relatif que l'individu acquiert suite à ses interactions avec son environnement physique, social et mental. Green et Kreuter (1999) disent d'ailleurs de la santé qu'elle est «le résultat dynamique des interactions entre les individus et leurs environnements » (traduction libre, p. 12). Gilmore et Campbell (2005) citent Noack (1987) qui va plus loin en donnant une définition de la santé plus opérationnelle. La santé, écrit-il, est « un état d'équilibre dynamique - ou plus exactement le processus permettant de maintenir un tel état - dans un sous-système donné, comme un organe, un individu, un groupe social, ou une communauté » (traduction libre, p. 48).

Ainsi, la santé n'est autre qu'une fonction dont l'évaluation dépend des facteurs auxquels elle est rattachée, ces facteurs pouvant à tout moment la conforter, l'accroître ou l'infléchir. Ce caractère dynamique de la santé va amener l'OMS (1982) à proposer une définition de la santé mettant l'accent sur la capacité d'adaptation de l'individu à son environnement sans cesse en évolution et aux agressions auxquelles il peut être confronté. « Dans cette perspective, la santé est considérée comme un état instable, dynamique, toujours en

mouvement, l'état d'équilibre n'étant alors jamais définitif. Cet état est toujours à rétablir, en devenir, car il est provisoire, momentané, pouvant se modifier, bouger, changer d'un moment à l'autre » (Nkoum, 2010, p. 48).

Cette prise en compte de la dynamique de la santé conduit l'OMS (1986), dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, à faire évoluer radicalement l'approche statique de la santé perçue comme *"un état"* vers une approche dynamique présentant la santé comme une ressource, une force, un processus. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé définit en effet la santé comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. [Dans cette optique], La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques » (OMS, 1986).

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé va plus loin en réaffirmant que la santé est multifactorielle puisque, « les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé ». Monier (1980), repris par Broussouloux et Houzelle-Marchal (2006), illustre par le schéma ci-dessous les facteurs influençant la santé :

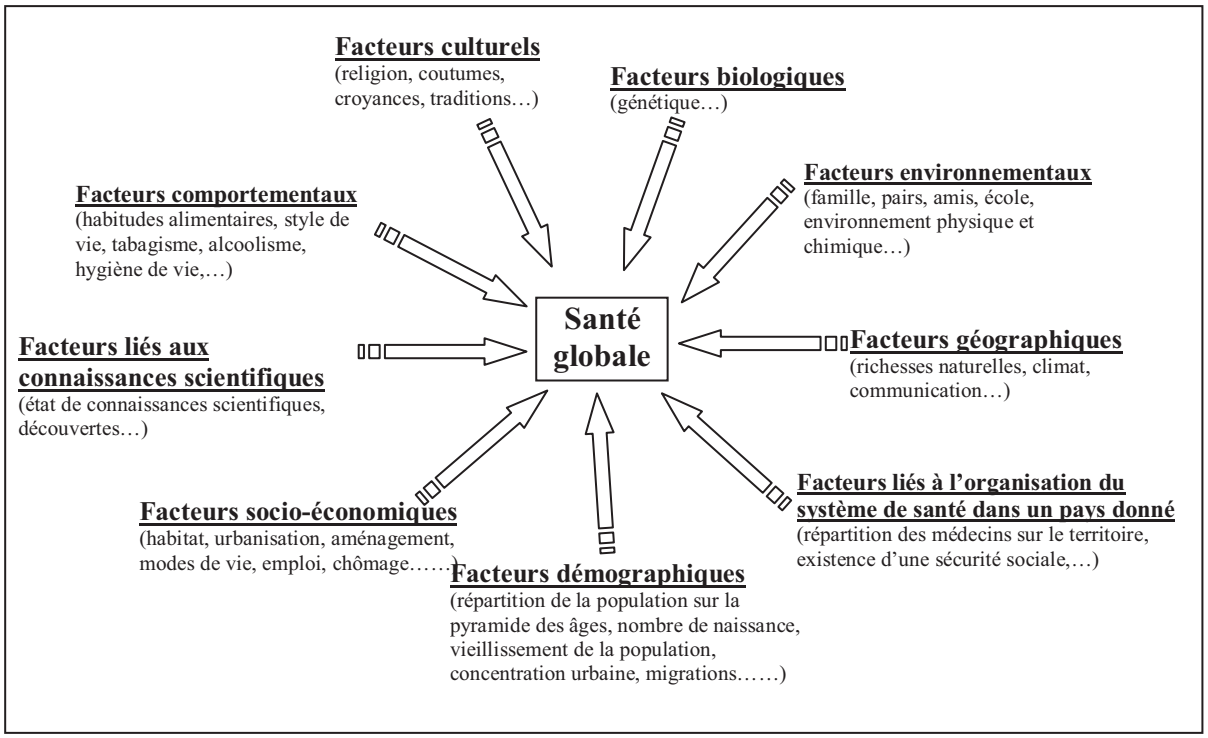


Figure 1 : Les facteurs influençant la santé (Monnier, J. (1980), reprit par Broussouloux & Houzelle-Marchal,

Le Comité chargé d'assurer la santé publique au 21e siècle aux États-Unis[8](2003) insiste notamment sur trois facteurs fondamentaux pouvant être considérés comme une opportunité ou comme une menace pour la santé. D'une part, la population augmente régulièrement, et la démographie change avec notamment une population de plus en plus âgée, et diversifiée ethniquement ; ce qui accroit l'incidence des maladies chroniques. D'autre part les progrès scientifiques et techniques créent de nouveaux canaux d'information et de communication, ainsi que de nouvelle façon de prévenir et traiter la maladie. Enfin, la mondialisation a un effet sur santé, et crée de nouveaux défis politiques, économiques et sociaux en matière de santé.

L'existence de ces facteurs susceptibles d'influer sur la santé globale excluent d'appréhender la santé comme un concept statique. Considérer la santé comme un *"état"* serait donc une erreur tant pour l'état sanitaire des populations même, que pour les actions visant à préserver la santé. Une conception dynamique de la santé est nécessaire pour prendre en compte la multiplicité des facteurs susceptibles de l'impacter, et développer des réponses idoines en matière de promotion de la santé.

1.4. Le modèle d'un sujet autonome ouvert sur le monde

Eymard (2004) considère Illich (années 70) comme le précurseur de cette conception de la santé, même si très récemment l'OMS a fourni une définition de la santé correspondant à l'idée qu'Illich se fait du modèle de l'existence d'un sujet autonome ouvert sur le monde. En effet, l'OMS (1993) définit la santé comme « la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». Cette définition fait appel à la capacité de l'individu à s'affirmer comme sujet pensant, capable d'adaptation, d'initiatives et de décisions susceptibles de préserver sa santé. Cette autonomie supposée du sujet le rend apte à interagir positivement avec les déterminants de la santé afin d'en tirer le meilleur parti pour sa santé et celle de son entourage. Ainsi, l'individu est considéré dans ce modèle comme sujet à part entière qui participe à la prise de décisions relatives à sa santé. Eymard (2004) dit d'ailleurs de l'individu pris dans la perspective de ce modèle de santé, qu'il « n'est pas seulement acteur de sa santé, mais en tant que sujet autonome, il devient partenaire des soins de santé avec les professionnels de la santé » (p. 21). Cette conception de la santé valorise la subjectivité de la personne au détriment de l'objectivité du soignant.

[8] Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century.

Eymard (2004) cite d'ailleurs Descache et Meremens (2000) pour qui « ouvrir une place à la subjectivité, c'est d'abord la reconnaitre (la santé comme réalité objective et comme état subjectif, voire comme réalité sociale), et accepter qu'elle soit non une tare à corriger mais, pour le soignant, une partie de sa pratique et, pour le patient, l'expression de sa réalité » (p. 22).

Bien que ce modèle soit respectueux des libertés individuelles et valorise l'expérience humaine, permette à l'individu de construire ses propres normes de santé et de prendre ses propres décisions de santé, il fait toutefois appel aux connaissances et aptitudes de la personne et suscite des interrogations. En effet, il est légitime de s'interroger sur la pertinence et la portée des connaissances et des aptitudes que l'individu est amené à déployer. Sont-elles fiables ? Peuvent-elles aider la personne à faire des choix non préjudiciables pour sa santé ? Jusqu'où peut-on lui faire confiance comme sujet autonome ? Il s'agit ici de se rendre compte que même si la responsabilité de la personne doit être engagée à tous les stades de la protection de sa santé, on ne peut pas non plus la laisser sans repère.

C'est pourquoi le modèle d'un sujet autonome encourage à un partenariat entre l'individu et le système de santé. Il est ici question d'établir une relation éducative entre le sujet empreint de subjectivité et le système de soin dont l'objectivité est utile pour donner sens à l'expérience humaine de la santé.

Nous nous arrêterons à ces trois conceptions de la santé, bien qu'il en existe d'autre en fonction des courants idéologiques. Cependant, chacune de ces conceptions, qui ne sont pas exclusives, doit être prise de manière relative car, aucune des approches ne peut être valable pour tous en tout temps, en tout lieu et en toute circonstance. Pour Bury (1988) en effet, « l'observation montre que la notion de santé varie suivant les individus, les civilisations, les époques[9] » (p. 19). Toutefois, dans la pratique, chaque intervenant en santé a tendance à se positionner par rapport aux deux premières approches de la santé que nous venons de présenté ci-dessus. En effet, bien qu'il existe d'autres modèles, Bury (1988) relève que « quand on les analyse, on arrive à concevoir qu'ils peuvent se ramener presque toujours à deux modèles opposés : le modèle médical, biomédical ou encore traditionnel, et l'autre, que l'on appelle

[9] Bury(1988) cite à ce propos Cotton (1982) qui introduit la notion de "qualité de la vie". « Cette qualité de la vie, [écrit Cotton], est conçue de façon variable selon l'individu ou le groupe social qui vise à l'atteindre. Elle se traduit momentanément pour un organisme par un état de bien être essentiellement subjectif et que nul autre que l'organisme concerné, individu ou communauté, ne peut définir à sa place. Lorsque l'état considéré est mental, le terme de bonheur est utilisé » (p. 19)

global, holistique, social ou "*comprehensive*" » (p. 29). Il en fait d'ailleurs un résumé descriptif de ces deux modèles dans le tableau ci-dessous :

		MODEL MÉDICAL	MODEL GLOBAL
SYSTÈME DE SANTE	1.	- Modèle fermé	- Modèle ouvert
	2.	- La maladie est principalement organique	- La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, humains et sociaux
	3.	- Elle affecte l'individu	- Elle affecte l'individu, la famille et l'environnement
	4.	- Elle doit être diagnostiquée et traitée (approche curative)	- Elle demande une approche continue, de la prévention à la réadaptation, qui tienne compte des facteurs organiques, psychologiques et sociaux
	5.	- Par des médecins	- Par des professionnels de la santé travaillant en collaboration
	6.	- Dans un système autonome, centrée autour d'hôpitaux dirigés par des médecins	- Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté

Tableau 1 : Les modèles de santé (Bury J.A. (1988). Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications. De Boeck. p. 31)

Malgré cette multitude de conceptions de la santé, s'il y a une chose qu'aucune des approches de la santé ne peut mettre en doute, c'est finalement le caractère essentiel de la santé. La santé est un bien pour tous quelque soit le courant dans lequel il est considéré. D'où la nécessité de la préserver et de l'améliorer si possible. C'est la mission de la promotion de la santé, concept largement développé dans la charte d'Ottawa, et dont nous nous proposons de faire un bref aperçu.

2. La promotion de la santé

La santé est conçue comme un bien, une ressource qui doit être préservée. L'importance de la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut[10], constitue aujourd'hui une préoccupation de premier plan aussi bien des pays développés que des pays en voie de développement. Cette préoccupation risque d'ailleurs de s'accentuer à la ferveur de la mondialisation. Celle-ci n'affecte pas seulement l'économie, mais aussi le fonctionnement

[10] « Avec 217,5 milliards d'euros en 2008, la dépense totale de santé s'élève en France à 11,2 % du PIB, contre 11,0 % en 2007 et 11,1 % en 2006. Cette évaluation place la France dans le groupe de tête des pays de l'OCDE, loin derrière les Etats-Unis (16,0 %) et a un niveau proche de la Suisse (10,7 %) et de l'Allemagne (10,5 %). » cf. http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2011/2011_plfss_pqe/2011_plfss_pqe_maladie_1.pdf. Au Cameroun, la dépense totale de santé s'élève à 5,6% du PIB en 2009.

social dans la mesure où la rencontre des cultures contribue fortement à modifier les représentations et les comportements sociaux des individus. Les responsables politiques ont ainsi le souci d'élaborer des politiques de santé susceptibles de prémunir les populations des dangers sanitaires auxquels elles peuvent être confrontées. Ces politiques de santé sont élaborées dans le cadre de la promotion de la santé où se déploient les actions visant à préserver la santé des individus.

2.1. Définition de la promotion de la santé

D'après la charte d'Ottawa (1986) « la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986). C'est donc une stratégie qui vise à assurer la bonne santé des populations quelque soit leurs conditions sociales et quelque soit leur localisation géographique. L'esprit de la charte d'Ottawa est de favoriser par la promotion de la santé une certaine équité en matière de santé, en offrant aux individus les ressources les mieux adaptées à leur contexte pour assurer pleinement le contrôle sur leur propre santé. Ces ressources sont de plusieurs ordres comme le précise cette autre définition : « la promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes » (OMS, 1999, p. 1). Pour Gilmore et Campbell (2005) citant le *Joint committee on Health Education and Promotion Terminology* (2001), la promotion de la santé peut aussi être définie comme « toute combinaison planifiée des mécanismes éducatifs, politiques, environnementaux, réglementaires, ou organisationnels qui soutient les actions et les conditions de vie favorables à la santé des individus, des groupes et des communautés » (traduction libre, p. 18).

La promotion de la santé est finalement une action globale qui prend en compte la multifactorialité des déterminants de la santé, et qui vise à mutualiser les moyens pour encourager l'adoption des comportements sains et créer des conditions de vie favorables à la santé de tous. Elle est un effort collectif pour l'amélioration de la santé et, à ce titre, elle doit être pensée, élaborée, planifiée et mise en œuvre en étroite collaboration avec le public cible.

2.2. Les caractéristiques de base de la promotion de la santé

Gilmore et Campbell (2005), citant le *Working Group on Concepts and Principles* (1987), attribuent quatre caractéristiques de base à la promotion de la santé :

- Permettre aux populations de prendre le contrôle et la responsabilité de leur santé comme une composante importante de la vie quotidienne ;
- Exiger l'étroite coopération des secteurs au-delà des services de santé, ce qui reflète la diversité des facteurs qui influencent la santé ;
- Combiner des méthodes ou des approches diverses mais complémentaires, y compris la communication, l'éducation, la législation, les mesures fiscales, les changements organisationnels, le développement communautaire et les activités locales spontanées contre les risques pour la santé ;
- Encourager la participation effective et concrète du public, par le développement des compétences individuelles et collectives nécessaires pour la résolution de problèmes et la prise de décision, et en impliquant les professionnels de santé dans l'éducation et la sensibilisation à la santé, en particulier ceux des soins de santé primaires (traduction libre, p. 19).

2.3. Les grandes lignes d'action de la promotion de la santé

La mise en œuvre de la promotion de la santé s'articule autour de cinq grandes lignes d'action (OMS, 1986).

2.3.1. L'élaboration de politiques pour la santé

L'objectif de cet axe est de positionner la santé au cœur des préoccupations des responsables politiques. En effet, la santé est un domaine d'action politique à part entière. Elle est soumise à l'effet des décisions politiques qui peuvent la promouvoir ou pas. C'est pour cette raison que la promotion de la santé est soucieuse que soient élaborées des politiques publiques de santé saines, favorisant l'équité et permettant de proposer des conditions favorables à la santé (législation, mesures financière et fiscales, changements organisationnels..). Elle doit pouvoir inciter les responsables politiques « à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et les amener à admettre leur responsabilité à cet égard » (OMS, 1986).

2.3.2. La création d'environnements favorables

L'environnement a une incidence sur la santé et constitue aujourd'hui l'un des déterminants de la santé le plus en vue dans les politiques de santé publique. C'est que l'on est de plus en plus conscient que la santé individuelle et collective est à l'image de l'état de l'environnement immédiat et même lointain. Cet axe d'intervention de la promotion de la santé intègre cette réalité, en visant à créer des conditions de vie et de travail garantissant l'épanouissement individuel et collectif. Ainsi, la protection de la nature, la conservation des ressources naturelles, l'organisation du travail et des loisirs, les domaines de la technologie, de l'énergie, et de l'urbanisation doivent être pris en compte dans la planification des actions visant à promouvoir la santé.

2.3.3. Le renforcement de l'action communautaire

La communauté est un acteur majeur de la promotion de la santé. A ce titre sa contribution est indispensable notamment dans l'identification de ce qui fait problème, à la définition des priorités, à la prise de décision et à la planification de l'ensemble du processus d'action visant à atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé s'inscrit ainsi dans la dévolution du pouvoir aux communautés en ce qui concerne leur santé, notamment en favorisant un accès permanent à l'information sur la santé et une aide financière.

2.3.4. L'acquisition d'aptitudes individuelles

Le quatrième axe d'intervention de la promotion de la santé consiste à développer les compétences des individus afin qu'ils prennent contrôle de leur santé avec davantage d'autonomie et d'efficacité. Cela passe notamment par l'information, par l'éducation pour la santé et par le perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Cette démarche nécessite une intervention conjointe des structures éducatives, communautaires, sociales, professionnelles et institutionnelles.

2.3.5. La réorientation des services de santé

L'objectif de cette action est d'amener les services de santé à dépasser leur mission traditionnelle focalisée sur l'aspect curatif de la maladie, pour adopter une attitude de soin prenant en compte la santé de l'individu dans sa globalité. Ceci nécessite notamment une

réorganisation des services de santé à travers la redéfinition de leur mandat, ainsi qu'une adaptation de la formation des professionnels à la culture de la promotion de la santé.

Dans la pratique, ces axes d'interventions pour la promotion de la santé définis par la charte d'Ottawa ne sont pas opérationnels en l'état. En effet, chaque axe d'intervention suscité nécessite une adaptation au contexte politique, économique, social et culturel dans lequel il se déploie. Toutefois, pour qu'une action en promotion de la santé soit efficace, il est nécessaire que ces axes d'intervention soient considérés comme un ensemble dont la cohérence est essentielle.

2.4. Les composantes de la promotion de la santé

Dans un article paru dans le *Health Education Journal*, Tannahill (1985) propose un modèle de la promotion de la santé. D'après ce model, « la promotion de la santé comprend trois sphères d'activités se chevauchants : l'éducation à la santé, la prévention, et la protection de la santé ». (Downie, Tannahill & Tannahill., 1996, traduction libre, p. 58). Ces trois composantes de la promotion de la santé sont étroitement liées, et sont nécessaires pour identifier les stratégies possibles pour promouvoir la santé. Pour Jourdan (2010) concevoir une politique de promotion de la santé suppose une articulation de la protection, de la prévention et de l'éducation. Repris par Downie, Tannahill et Tannahill (1996), le modèle de promotion de la santé de Tannahill (1985) est formalisé ci-dessous.

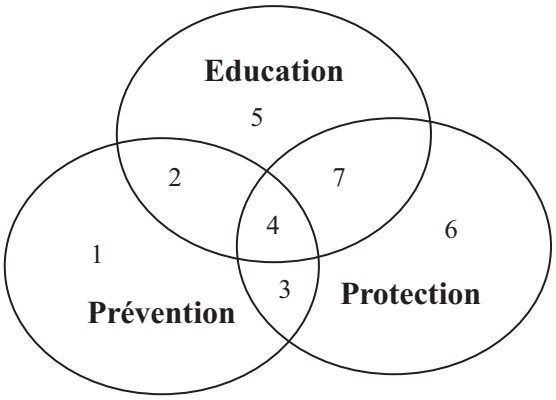


Figure 2 : Le modèle de promotion de la santé (Downie, R.S., Tannahill, C. & Tannahill, A., 1996, p. 59**)**

La formalisation des composantes de la promotion de la santé laisse envisager sept domaines d'intervention en promotion de la santé, en prenant en compte les combinaisons possibles de ces composantes entre-elles :

- **Domaine 1** : ce domaine inclut les mesures de prévention visant à empêcher l'apparition de la maladie. Il s'agit notamment des campagnes de vaccination, des campagnes de dépistage du cancer…
- **Domaine 2** : l'intervention dans ce domaine, vise à utiliser les moyens pédagogiques pour prévenir la maladie notamment en influençant le style de vie des individus. L'éducation est au service de la prévention. Par exemple, donner des conseils pour cesser de fumer, donner des conseils pour éviter la grippe H1N1, donner des informations pour encourager l'utilisation des services de prévention…
- **Domaine 3** : l'action dans ce domaine vise à mettre en place des mesures préventives pour protéger les individus des maladies. Par exemple la fluoration de l'eau pour réduire le risque de carie dentaire, la canalisation et l'élimination des eaux stagnantes pour lutter contre le paludisme dans les pays africains…
- **Domaine 4** : l'intervention dans ce domaine est orientée vers l'éducation des responsables politiques. Cette action vise notamment à encourager les décideurs à développer des environnements favorables à la santé à travers une législation propice à la santé, des politiques de santé saines, le financement des actions de prévention…
- **Domaine 5** : Ce domaine inclut toutes les actions éducatives visant à donner à chacun les moyens de prendre en charge sa propre santé. L'éducation à la sexualité est comptée au nombre de ces actions éducatives.
- **Domaine 6** : dans ce domaine, seront développées toutes les actions visant à protéger les individus des maladies. Il s'agit notamment de prévoir des lieux pour fumer, de développer dans les entreprises des espaces sportifs…
- **Domaine 7** : Les actions ici viseront à développer la sensibilisation pour la protection de la santé auprès des décideurs.

2.4.1. La protection de la santé

Il y a des situations dans lesquels les individus ne peuvent avoir aucune influence ou n'ont qu'une influence limitée, et ne peuvent pas agir par eux-mêmes pour prévenir leur santé. C'est le cas des problèmes ayant trait à la pollution physique et chimique, à la production

industrielle, à l'aménagement des espaces naturels, à la prévention des accidents naturels, au contrôle de la vente du tabac ou de l'alcool aux mineurs. C'est aussi le cas des mesures préventives telles l'hygiène collective, la qualité des logements, la vaccination… Face à de tels problèmes qui peuvent échapper à l'aptitude des individus et des collectivités à agir, il est nécessaire, dans une optique de promotion de la santé, que les populations soient protégées.

La protection de la santé représente ainsi l'ensemble des mesures pouvant être prises pour s'assurer que l'environnement dans lequel évolue l'individu ou la communauté soit favorable à son bien-être biologique, psychologique et social. L'environnement ici prend en compte tous les aspects de la vie humaine et le milieu dans lequel il évolue. Pour Downie, Tannahill et Tannahill (1996), « la protection de la santé comprend les mesures juridiques ou fiscales, les autres règlements et politiques, et les codes de pratiques volontaires, visant à l'amélioration de la santé positive et la prévention de la mauvaise santé » (traduction libre, p. 61). La protection de la santé incombe ainsi davantage aux responsables politiques en charge de définir une législation et des politiques de santé saines susceptibles de protéger les populations des risques divers.

2.4.2. La prévention

La prévention désigne « l'ensemble des mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépister à un stade précoce, plus accessible de ce fait à la thérapeutique ». (Sournia, 1991, p. 260). Elle a donc pour but d'éviter les problèmes avant qu'ils surviennent. Contrairement à la protection où les individus sont plutôt passifs (la grande responsabilité étant celle des responsables politiques), la prévention exige une pleine adhésion individuelle et collective aux actions préventives déployées.

Cette définition classique de la prévention biomédicale permet de définir trois niveaux de prévention suivant le stade de la maladie : la prévention primaire, la prévention secondaire, la prévention tertiaire (Bury, 1998 ; Neyrand, 2002)

2.4.2.1. La prévention primaire

La prévention primaire représente « toutes les actions qui visent à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un accident dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas » (INSERM, 2003). Elle intervient ainsi en amont sur les facteurs susceptibles d'affecter la santé biopsychosociale des individus et des collectivités. La vaccination et les

mesures d'hygiène ont été à cet effet, très efficaces à une époque où les avancées médicales étaient limitées. Aujourd'hui, dans une visée de promotion de la santé, les moyens privilégiés à ce niveau de la prévention sont l'éducation et surtout l'information des publics à partir de campagnes d'information de masse (campagnes contre le sida, cancer, tabac, accident de la route, etc.). Au niveau de la prévention primaire, des investissements colossaux sont engagés dans les campagnes d'information de masse (radio, télévision, presse…) qui ont l'avantage d'atteindre un grand nombre de personnes à la fois. Mais cette préférence de l'information de masse peut aussi bien s'expliquer par leur durée relativement courte qui facilite leur évaluation, contrairement aux actions de l'éducation à la santé dont les résultats ne sont « pas visible à court ou moyen terme, mais qui s'expriment plus en années ou en étapes du parcours de vie » (Pin, Fournier, Lamboy & Guilbert, 2007, p. 5).

2.4.2.2. La prévention secondaire

D'après l'OMS (1948), « la prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes ». Intervenant en tout début de la maladie, elle a pour but de dépister tôt la maladie et de stopper son évolution par un traitement approprié, avant qu'elle ne devienne grave et plus difficile à prendre en charge. Contrairement à la prévention primaire qui se situe dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie, la prévention secondaire « participe, elle, d'une autre logique, plus spécifiquement médicale, celle du soin, même s'il est très précoce. Il s'agit d'enrayer un processus pathologique dont les prémices symptomatiques permettent d'envisager les évolutions possibles » (Neyrand, 2002, p. 5). Si la prévention secondaire axe son action principalement sur le dépistage précoce (dépistage du sida, du cancer, du diabète, etc.), le diagnostique et le traitement donné en vue d'empêcher l'évolution de la maladie sont aussi des composantes essentielles de ce niveau de prévention.

2.4.2.3. La prévention tertiaire

Consécutive à la maladie, « la prévention tertiaire vise à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire les modalités fonctionnelles consécutives à la maladie » (OMS, 1984). Elle doit ainsi pallier à l'échec des deux premiers niveaux de prévention, raison pour la quelle son coût est généralement très élevé. La prévention tertiaire se réalise notamment dans le domaine de la réadaptation, et vise

à favoriser la réinsertion sociale et professionnelle après la maladie. D'après Chamberland et al. (1993), « La prévention tertiaire ne serait pas réellement de la prévention, puisqu'elle vise essentiellement la réhabilitation ou l'arrêt de comportements déviants (alcoolisme, toxicomanie, violence familiale, etc.) et qu'elle cible les personnes ayant d'assez graves troubles de comportements ou de santé » (p. 61). L'intervention dans le cadre de ce niveau de prévention est davantage clinique que prophylactique puisque les principaux moyens déployés ici sont des traitements curatifs ou des développements d'habilités, la dimension préventive consistant à éviter la non réinsertion du malade dans la vie sociale. Contrairement aux deux premiers niveaux de prévention qui peuvent viser simultanément un large public et qui sont davantage centrés sur la maladie, la prévention tertiaire est plus individuelle que collective et son action a une visée biopsychosociale.

2.4.3. L'éducation à la santé[11]

2.4.3.1. Définition de l'éducation à la santé

Contrairement aux deux autres composantes de la promotion de la santé dont les origines sont historiquement plus anciennes, l'éducation à la santé est un concept récent qui a évolué concomitamment avec le concept de promotion de la santé.

Il existe une multitude de définitions de l'éducation à la santé très souvent influencée par la culture scientifique des auteurs. Gilmore et Campbell (2005) retiennent l'attention sur deux définitions :

- La première est donnée par le *The Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology* (2001). Pour ce comité, l'éducation à la santé est « toute combinaison d'expériences à portée pédagogique basée sur des théories qui offrent aux individus, groupes et communautés la possibilité d'acquérir des informations et les compétences nécessaires pour prendre des décisions de santé de qualité » (traduction libre, p. 20)
- La seconde est celle de Green and Kreuter (1999) qui définissent l'éducation à la santé comme « toute combinaison d'expériences à portée pédagogique conçues pour prédisposer,

[11] L'expression *"éducation pour la santé"* est souvent utilisée dans les publications francophones en lieu et place de *"l'éducation à la santé"*. Elles ne sont toutefois pas tout à fait similaire car se rapportant à une pratique différente. « Les professionnels de santé, en référence à la santé comme une dynamique d'adaptation permanente, s'attache à une éducation *"pour"* la santé comme un moyen d'entretenir cette dynamique. En revanche, pour les acteurs du système éducatif, l'emploi de la préposition *"à"*, par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement, met l'accent sur la dimension éducative de cette mission. » (INSERM, Éducation pour la santé des jeunes. Démarche et méthodes, Expertise collective, 2001, p XV.)

favoriser et renforcer un comportement conduisant à la santé des individus, des groupes et des communautés » (traduction libre, p. 20).

Gilmore et Campbell (2005) estiment que ces deux définitions traduisent l'essentiel de la majorité des définitions de l'éducation à la santé existant. Celles-ci mettent en exergue les trois éléments fondamentaux de l'éducation à la santé, notamment : l'apprentissage, l'acquisition des connaissances et le développement des compétences.

En effet, il est incertain d'imaginer une définition de l'éducation à la santé qui n'intègre aucun de ces trois éléments clés. Dire de l'éducation à la santé qu'elle est un apprentissage, c'est s'opposer à toute forme de conditionnement et inviter à la prise en compte et à l'intégration des théories de base de l'apprentissage. L'acquisition des connaissances vise non seulement l'appropriation des savoirs, mais leur mise en perspective en vue de leur utilisation. Le développement des compétences ambitionne de rendre les individus capables de mettre en œuvre les connaissances acquises, dans les situations variées de la vie quotidienne.

Bury (1988) propose quant à lui, une définition évolutive de l'éducation à la santé suivant la méthode d'action mise en œuvre.

La première approche est celle basée sur l'idée de la persuasion et du volontarisme de l'individu ou de la communauté en vue de modifier les comportements. Suivant cette approche, l'éducation à la santé

> représente essentiellement une action exercée sur les individus pour les amener à modifier leur comportement. D'une manière générale, elle vise à leur faire acquérir et conserver de saines habitudes de vie, à leur apprendre à mettre judicieusement à leur profit les services sanitaires qui sont à leur disposition et à les conduire à prendre eux-mêmes isolement et collectivement les décisions qu'implique l'amélioration de leur état et de salubrité du milieu où ils vivent. (OMS, 1969, p. 8)

Cette approche qui se veut impérieuse, bien qu'elle soit davantage incitative (puisque tous ne se soumettent pas à cette action éducative), ne laisse pas trop de choix au public cible. Dans tous les cas, une pression psychologique est exercée sur l'individu ou le groupe par cette approche, car plus l'individu se conforme aux prescriptions éducatives, moins il se sent responsable de ce qui peut lui arriver. A contrario, moins il s'y conforme, et plus il se sent

responsable de ce qui peut arriver à son état de santé, si par des mesures légales, il n'est pas en plus soumis à une contravention pour son insoumission à l'action éducative.

La deuxième approche de l'éducation à la santé est celle basée sur l'information de l'individu ou de la communauté en vue de favoriser leur capacité à adopter des comportements et prendre des décisions responsables. Dans cette approche, l'éducation à la santé serait « un ensemble de tentatives visant à la transmission de connaissances, d'attitudes et de pratiques, fondées sur des données empiriques et présentant un intérêt pour la survie de l'espèce humaine » (Baric, 1983, p. 34). L'objectif de l'information est alors de transmettre des connaissances pour accroitre le potentiel de savoirs de l'individu, évidement avec l'espoir que cet accès à la connaissance influence son comportement face à la santé. Plus encore, l'information contribue à véhiculer des valeurs, des modèles qui s'imposent finalement à l'individu ou à la communauté comme étant un idéal vers lequel tendre.

La troisième approche de l'éducation à la santé, qui a un fondement essentiellement éducatif, vise par la motivation et la participation de l'individu à susciter un changement de comportement. Ainsi, « l'éducation [à] la santé concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi, tous nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé » (OMS, 1999, p. 5). Elle « comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés » (OMS, 1999, p. 5). La particularité de cette approche éducative de l'éducation à la santé réside dans le souci qu'elle a de la participation et de la motivation de l'individu, et surtout dans le souci qu'elle a de le rendre autonome.

Bien que l'approche éducative de l'éducation à la santé concerne chacun quelque soit le milieu dans lequel il évolue, l'école est le lieu par excellence de sa mise en œuvre. Jourdan (2010) justifie cette place en arguant que l'école est un acteur privilégié des stratégies de santé publique, puisque qu'elle est un milieu de vie spécifique dans lequel des individus d'une même classe d'âge vivent, et où des actions de préventions peuvent être mises en œuvre. A l'école, l'éducation à la santé

> vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-

> même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences. (MEN, 1998)

Cet objectif n'est pas en marge de la mission de l'école, bien qu'elle soit encore considérée par les enseignants et bien d'autres acteurs de la communauté éducative comme une activité périphérique. Jourdan (2010) note d'ailleurs, pour le regretter, que « l'appel à la prise en compte de la santé à l'école émane plus souvent des sources externes au système éducatif plutôt que des sources internes » (p. 36). Bien sûr un large débat peut toujours être mené sur la place de l'éducation à la santé à l'école, eu égard aux nombreuses sollicitations dont l'école fait l'objet aujourd'hui. Mais, à bien y penser, quelle que soit l'attente qu'on pourrait avoir de l'école, la réussite de sa mission est fermement liée à l'état de santé et au bien être des élèves. Enseigner devant une classe ensommeillée parce que le rythme de sommeil des élèves n'est pas adapté ; vouloir mobiliser l'attention des élèves sur un exercice alors qu'ils manquent de motivation ; solliciter un élève sous l'emprise de l'alcool ou d'un produit psychoactif ; exiger la concentration des élèves dans un environnement de classe bruyant, voilà autant de situations où est vouée à l'échec la mission éducatrice de l'école. Clairement, la réussite de l'élève à l'école dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels celui de son bien être physique et mental qui peut être assuré par une éducation à la santé adaptée.

2.4.3.2. Les caractéristiques de l'éducation à la santé

L'éducation à la santé fait partie d'un ensemble d'enseignements que constituent les *éducations à…* et qu'il convient de préciser avant de continuer notre analyse de cette troisième composante de la promotion de la santé.

2.4.3.2.1. Les éducations à…

Les *éducations à…* représentent un nouvel ensemble d'enseignements qui a progressivement pris place dans le monde scolaire et qui vise davantage la modification des comportements et le développement de compétences et d'aptitudes, que la transmission de connaissances. A coté des disciplines scolaires traditionnelles constituant le champ des *enseignements de…* et dont les enjeux éducatifs sont centrés sur la transmission des contenus, les *éducations à...*

s'intéressent prioritairement à la construction de savoir être et de savoirs faire en se fondant sur les conceptions individuelles et les représentations sociales. Dans une perspective épistémologique constructiviste, par un mode d'action pédagogique actif, il s'agit de les faire évoluer et ainsi de promouvoir des comportements favorables à la santé. Les *éducations à…* s'inscrivent dans une lignée épistémologique différente des enseignements disciplinaires tant par leurs objectifs que leurs moyens. Elles privilégient « la confrontation individuelle ou collective des conduites ou des pratiques familières ainsi que leur mise en question et discussion … Sont visées, les expériences personnelles et sociales, individuelles et collectives avec les enjeux de prise de conscience, de responsabilité et de développement de leur *emporwement* ou capacitation » (Lebeaume, 2010, p. 186). Les *éducations à…* s'inscrivent davantage dans une pédagogie active offrant aux individus la possibilité de contribuer à la construction des savoirs, des aptitudes et des capacités à développer. Contrairement aux matières disciplinaires, les enseignements qui s'inscrivent dans le champ des *éducations à…* résistent donc à toute forme de transmission descendante. Se voulant transversales, les actions en *éducation à…* ne sont pas basées sur un contenu univoque, celui-ci se construisant autour des connaissances relevant d'autres disciples (biologie, psychologie, sociologie, épidémiologie, pédagogie…), ce qui marque l'interdisciplinarité des actions *en éducation à…* Il n'existe pas, pour ainsi dire, de corpus de connaissances et de méthodes propres aux *éducations à…* qu'il suffirait de transmettre à un intervenant pour le rendre apte à agir efficacement dans le domaine. Ceci traduit toute la complexité que l'enseignant, habitué à travailler sur un corpus disciplinaire bien défini, peut avoir à s'inscrire dans une démarche d'action en *éducation à…* basée sur un curriculum non défini, se construisant au fil du déroulement de l'action.

2.4.3.2.2. Les objectifs généraux de l'éducation à la santé

Pour Vandoorne (1998) l'éducation à la santé vise à permettre aux individus :

- de faire preuve d'esprit critique face aux problèmes qu'ils rencontrent;
- d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour jouer un rôle dans la société;
- d'être associés à la définition des problèmes qu'eux-mêmes ou leur communauté rencontrent;
- d'envisager de résoudre des problèmes ensemble;
- de s'adapter à des situations qui évoluent;

- de cultiver les ressources individuelles et collectives pour résoudre leurs problèmes et agir.

Globalement, l'objet de l'éducation pour la santé consiste à enseigner aux individus des comportements favorables à leur santé[12]. A l'école, l'accent est mis sur le développement des compétences psychosociales des élèves. D'après L'OMS (1993), « les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ».

Au nombre de dix et regroupées en cinq paires, ces compétences psychosociales sont représentées dans la matrice suivante :

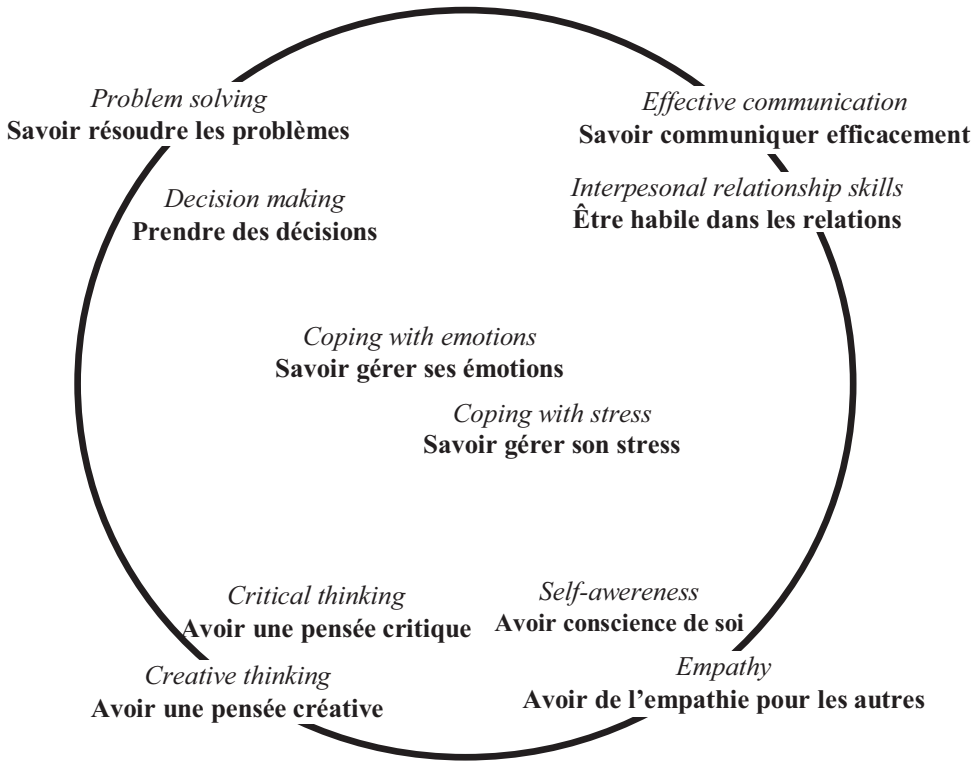


Figure 3 Matrice des compétences psychosociales pour la promotion de la santé des enfants et des adolescents (adaptée de WHO (1993), Life skills education for children and adolescents in schools).

[12] Cet objectif global de l'éducation à la santé se décline de manière différente selon qu'on se situe en amont ou en aval de la maladie. Ainsi Brücker et Fassin (1989) établissent que l'éducation primaire vise à renforcer l'état de santé individuelle et collective, tandis que l'éducation secondaire vise à évité la maladie ou, dans le cas où elle est survenue, à vite restaurer un nouvel état de santé, l'éducation tertiaire visant quant à elle à faire mieux vivre les séquelles de la maladie.

2.4.3.2.3. L'action éducative en éducation à la santé

Comme toute action éducative, l'éducation à la santé se construit autours des caractéristiques principales de l'enseignement. Mais sa visée éducative étant différente de celle de l'enseignement traditionnel, elle fait appel à d'autres méthodes. A cet effet, nous faisons appel au modèle d'enseignement-apprentissage prototypique de Lebeaume (2000) qui, dans le cadre de l'enseignement technologique, met en relation trois pôles : les *tâches*, les *visées éducatives* et les *références*. Ce modèle suggère que dans une situation d'enseignement-apprentissage prototypique, « la relation entre les pôles *"visées éducatives"* et *"références"* met en évidence leur interdépendance, car les finalités d'un enseignement fixent le choix des pratiques de références et, réciproquement, les visées éducatives dépendent de la sélection de ces références » (Lebeaume, 2000, p.21). De même, les *tâches* des élèves sont définies en fonction des intentions éducatives mais aussi en référence à des pratiques de références, et réciproquement. La cohérence des situations d'enseignement-apprentissage prototypiques dépend de la cohérence entre ses trois pôles, cette cohérence étant matérialisée par les flèches entre les différents éléments constitutifs du modèle. La figure 4 représente ce modèle.

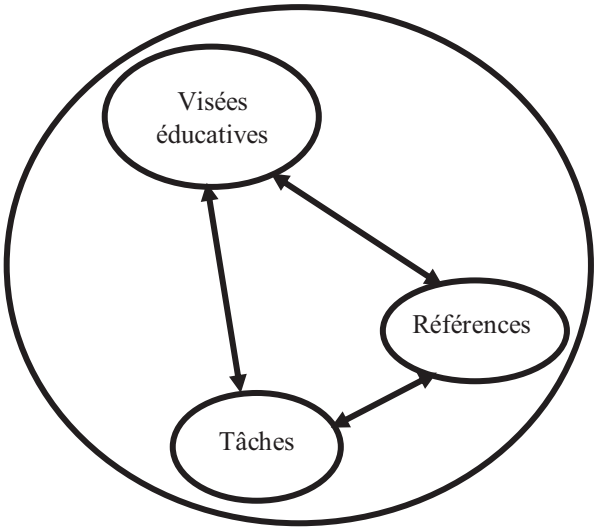


Figure 4 : Situation d'enseignement-apprentissage prototypique de J. Lebeaume (2000)

Dans le domaine particulier de l'éducation à la santé, le sujet interfère dans le processus de formation. Il met en jeu tous ses acquis constitués de l'ensemble de ses savoirs savants, de ses pratiques et des ses conceptions individuelles. Ces acquis fonctionnent tel un filtre, sélectionnant a priori tout ce qui peut être conservé de façon consciente ou inconsciente par la mémoire du sujet en formation, et orientant son rapport au monde (Lange & Patricia, 2006). Cette prise en compte du sujet comme acteur de sa formation nous conduit à proposer une représentation modifiée du modèle de Lebeaume (2000) telle que le montre la figure 5.

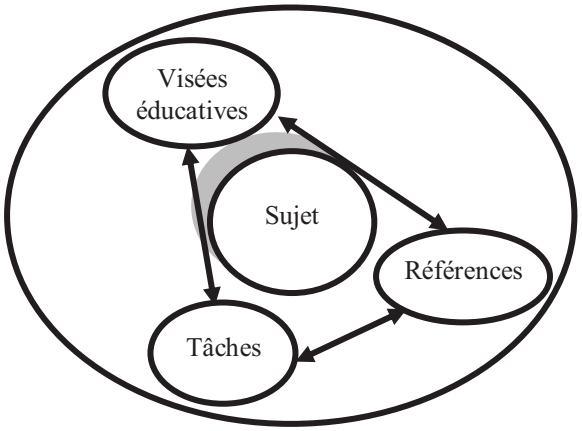


Figure 5 : Situation de formation ou d'éducation. (D'après Lange et Victor, 2006)

La prise en compte du sujet n'est pas la seule évolution pouvant être apportée au modèle de Lebeaume (2000) dans le cadre de l'éducation à la santé. En effet, dans le cadre de l'éducation à la santé, les trois pôles de la situation d'éducation se trouvent en rupture par rapport aux situations scolaires plus traditionnelles : le référent n'est plus seulement constitué de savoirs scientifiques, les pratiques sociales ayant une forte influence sur le contenu et la valeur de ces savoirs. En outre, des activités nouvelles sont requises (débats, jeux de rôles…), ces activités ayant la particularité de placer l'apprenant au centre du dispositif d'apprentissage. La visée n'est pas celle de l'acquisition d'un savoir mais celle d'une attitude soutenue par l'acquisition d'une l'opinion raisonnée. Au final, le modèle d'enseignement en situation d'éducation à la santé est conceptualisé à la fig. 6.

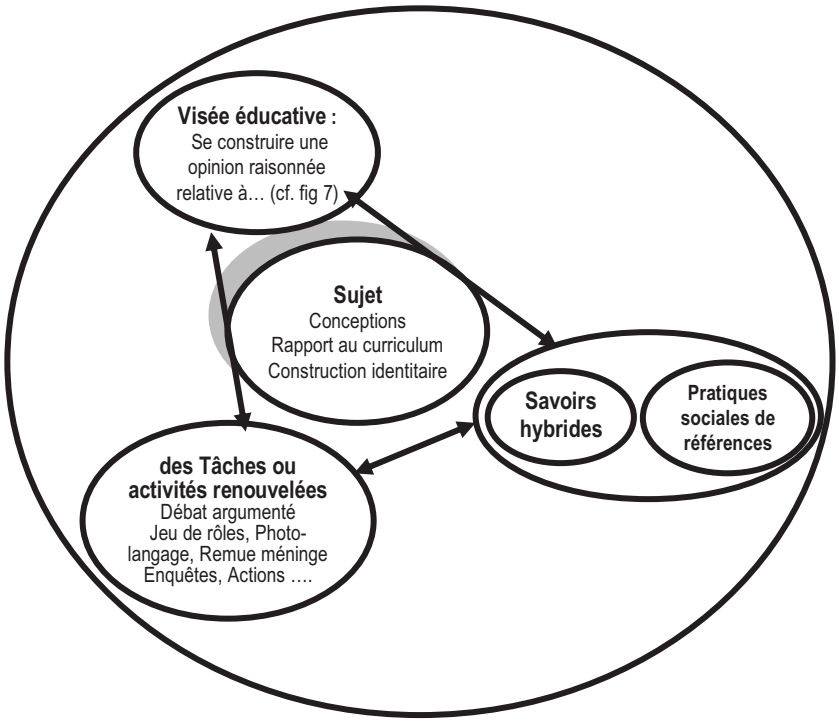


Figure 6 : Situation d'éducation dans le domaine des éducations à… (D'après Lange et Victor, 2006)

Dans le cadre de l'éducation à la santé, la visée éducative est pluridimensionnelle, et permet la construction d'une opinion raisonnée relative à un thème donné. Cette opinion raisonnée construite est en profond rupture avec la croyance ou la simple opinion que peut avoir le sujet sur le thème concerné. Les dimensions visées sont représentées à la Figure 7.

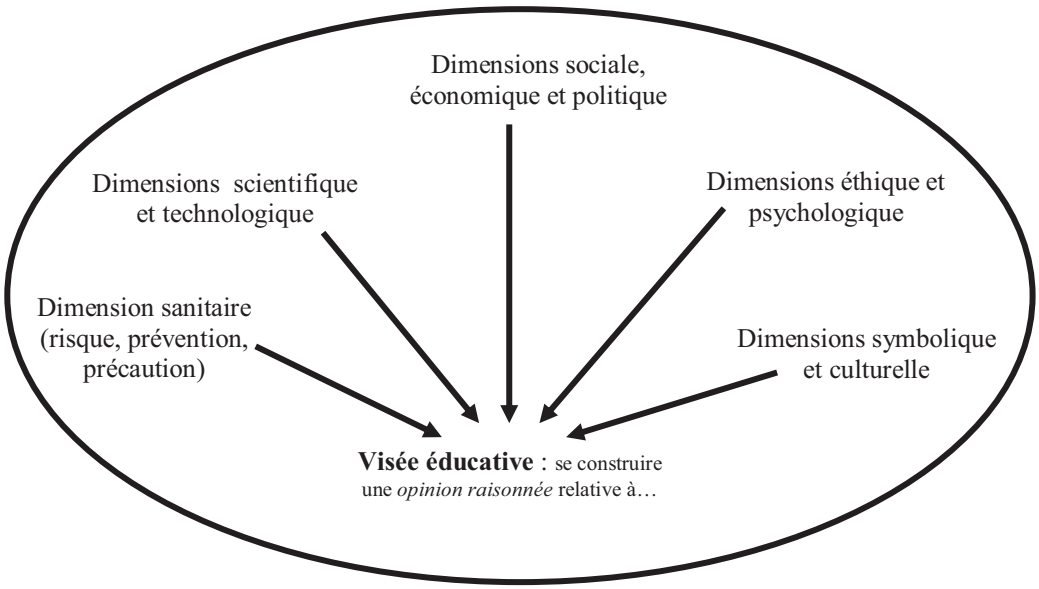


Figure 7 : La visée éducative dans le domaine des *éducations à… (D'après Lange et Victor, 2006)*

Ainsi, alors que dans l'enseignement classique l'enseignant, dépositaire du savoir, est chargé de transmettre aux élèves des connaissances ne souffrant d'aucune contestation possible venant de l'élève, dans le domaine des *éducations à…*, les connaissances transmises sont construites avec l'élève et pour l'élève dans l'objectif de développer ses compétences, de lui donner les moyens de faire des choix éclairés et de se comporter de façon responsable. D'une posture passive dans laquelle se trouve l'élève dans l'enseignement traditionnel, il devient actif dans le domaine des *éducations à…* Du degré de son implication, dépend l'atteinte ou non des objectifs de l'enseignement. A cet effet, les outils pédagogiques utilisés dans les enseignements en *éducation à…*, de même que les tâches auxquelles est soumis l'élève, placent celui-ci au centre de l'action. Ces outils et tâches pédagogiques permettent de prendre en compte des savoirs préexistants chez l'élève, de faire chemin avec lui tout en l'accompagnant dans sa construction, pour le rendre *in fine* davantage responsable et autonome face à des situations de vie pouvant influer sur sa santé. En somme, les enseignements dans le domaine des *éducations à…*, sont une forme d'accompagnement éducatif visant un changement tant cognitif que comportemental face aux situations à risques, un changement non pas subi, mais voulu, choisi et construit par l'élève.

Néanmoins, cette description des caractéristiques de l'enseignement en *éducation à...* est à nuancer. En effet, selon la manière dont on envisage cette *éducation à...*, la posture de l'enseignant et la méthode d'enseignement peut changer. Fortin (2004) en fait d'ailleurs la remarque à travers le développement des modèles d'éducation à la santé s'inscrivant dans des paradigmes éducationnels différents.

2.4.3.2.4. Les modèles en éducation à la santé

Pour mieux comprendre les nuances que peuvent connaître les caractéristiques des enseignements des *éducations à ...* et notamment l'éducation à la santé, il est utile de faire recours aux modèles en éducation de Fortin (2004). En effet, pour cet auteur,

> les modèles en éducation pour la santé s'inscrivent dans des paradigmes éducationnels plus ou moins complexes, qui traduisent des valeurs : celle d'une rationalité efficace appuyée sur la connaissance scientifique, celle d'une liberté conçue comme autonomie de penser, d'agir, de décider dans une finalité de réalisation de soi, celle de réalisation globale d'un être cosmique dont le développement personnel est intimement lié à celui de son environnement. (Fortin, 2004, p. 52)

Il fait ainsi état de quatre paradigmes en éducation à la santé : le paradigme rationnel ou l'Homme tel qu'il devrait être, le paradigme humaniste ou le libre bien-être, le paradigme de la dialectique sociale, le paradigme écologique.

a. Le paradigme rationnel ou l'Homme tel qu'il devrait être

Fortin (2004) décrit le paradigme rationnel comme étant la situation éducationnelle classique où l'enseignant dispense un savoir prédéterminé à l'élève qui se contente d'écouter et d'obéir. En éducation à la santé, ce savoir fait référence à un ensemble de connaissances prédéterminées, supposées objectives et extérieures à la personne, susceptibles d'assurer la santé physique de l'individu qui s'y conforme dans sa conduite. On se trouve dans un système similaire à celui d'un vase communicant où les connaissances iraient de la personne la plus *"savante"* (l'enseignant) vers celle qui l'est moins (l'élève), sans possibilité d'une communication retour. L'élève en tant que sujet n'a d'intérêt ici que parce que sa volonté à adhérer à l'enseignement est sollicitée, même si dans cette sollicitation, aucun choix ne lui est donné. En effet, c'est se conformer à la prescription et demeurer en bonne santé, ou ne pas se

conformer et être dans l'erreur de jugement et de comportement, une faute passible d'un dommage sur la santé assorti d'un sentiment profond de culpabilité. Ce paradigme rationnel est bien exploité dans les pratiques préventives qui visent, sur la base d'un socle commun de connaissances, la normalisation des conduites.

La tâche dans cette situation d'apprentissage est transparente pour l'élève. En effet, lorsque la tâche existe, l'élève se borne à la reproduire sans y apporter la moindre modification. L'exécution de la tâche échappe à tout processus réflexif et vise à conformer la conduite de l'individu à celle jugée comme préventive de la maladie. La transmission des savoirs savants, est au cœur de l'action didactique, et les pratiques sociales n'impactent pas la nature des savoirs ou les pratiques d'enseignement.

b. Le paradigme humaniste ou le libre bien-être

A l'opposé du paradigme rationnel, le paradigme humaniste est la situation éducationnelle qui place le sujet au centre de la construction des savoirs et des savoir-faire.

> À coté d'objectifs cognitifs, l'éducation prend en compte les désirs, les émotions et les perceptions de la personne. Le sujet participe activement à la construction de ses savoirs qu'il enrichit de son vécu et de son expérience. L'éducateur est en interaction avec le sujet qu'il accompagne dans son cheminement singulier et il assume la part de subjectivité réciproque qui nourrit l'appréhension des connaissances. (Fortin, 2004, p. 59)

L'éducation ici vise à développer les compétences biopsychosociales de l'individu afin de le rendre autonome et apte à choisir et adopter les comportements susceptibles de préserver sa santé. Ce faisant, cette situation éducationnelle responsabilise l'individu qui peut ainsi se réaliser pleinement dans la vie quotidienne à travers ses choix, ses actes et ses conduites. L'objectif majeur de ce modèle éducationnel est le développement de la confiance, de l'estime et de l'affirmation de soi. Le paradigme humaniste est adapté pour remplir les visées éducationnelles de la charte de l'OMS de 1986. Il peut notamment favoriser « l'acquisition d'aptitudes individuelles » et donner aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rendre mieux aptes à faire des choix judicieux.

c. Le paradigme de la dialectique sociale

Fort de l'influence que peut avoir l'environnement (les mass médias, les idéologies, l'influence des pairs…) sur les comportements de santé de l'individu, le paradigme de la dialectique sociale va plus loin que le modèle humaniste, en interrogeant « les rapports permanents de l'homme à son environnement et … son degré de liberté au sein du groupe social » (Fortin, 2004, p. 61). Ce paradigme accorde de ce fait une importance spécifique à l'impact du contexte culturel dans les processus d'apprentissage individuel. En effet, ignorer le poids que peut avoir l'environnement ou le groupe social dans lequel évolue l'individu sur le comportement de celui-ci serait une erreur. Par exemple, les mass-médias (télévision, Internet…) contribuent aux changements de jugements, d'attitudes et de comportements individuels et collectifs, de manière plus ou moins importante et durable.

Le paradigme de la dialectique sociale s'intéresse ainsi à la manière dont l'individu peut se soustraire des contraintes et des normes sociales, de l'influence de l'entourage, afin d'être acteur de son propre changement. Le concept d'*empowerment* qui « vise d'une part l'acquisition de pouvoir par un sujet et des groupes sociaux à travers l'optimisation de leurs savoirs et compétences, et d'autres part la reconnaissance et l'exercice effectif de ce pouvoir » (Fortin, 2004, p. 62), s'inscrit dans ce paradigme.

d. Le paradigme écologique.

Le paradigme écologique reprend des éléments des paradigmes précédents, mais va plus loin en leur apportant à la fois la dimension dynamique qui leur manque, et une dimension contextuelle essentielle. L'écologie de l'éducation s'intéresse à l'être humain et aux interrelations entre celui-ci et les différents milieux (écosystème) dont la résultante est son développement, ses comportements et ses apprentissages (Fortin, 2004). Le modèle éducationnel associé à ce paradigme prend en compte l'individu dans sa dimension cognitive, émotionnelle et sociale.

Le tableau 2 synthétise l'articulation entre les modèles de la santé de Fortin (2004) et la situation d'éducation dans le domaine des *éducations à…* (Lange & Victor, 2006)

	Le paradigme rationnel	Le paradigme humaniste	Le paradigme de la dialectique sociale	Le paradigme écologique
Visées éducatives	- Transmettre des savoirs scientifiques. - Développer un comportement normatif jugé favorable pour la santé, au regard des savoirs issues du champ biologique et médical.	- Développer des connaissances. - Développer les compétences psychosociales. - Développer la confiance, l'estime et l'affirmation de soi. - Développer l'autonomie et l'aptitude à faire des choix responsables.	- Développer la capacité à résister à l'emprise de l'environnement et à y exercer un contrôle (empowerment). - Permettre d'acquérir des compétences permettant de cerner et d'influencer les pratiques agissant sur le comportement et susceptibles d'entraver les efforts pour préserver sa santé. - Développer la capacité à identifier les soutiens et les ressources disponibles en matière de santé.	- Développer les connaissances sur l'interaction entre l'être humain et l'écosystème (milieu biotique et abiotique) et ses conséquences tant sur l'environnement que sur l'individu. - Permettre de prendre conscience de l'influence de la dimension contextuelle et socioculturelle sur le comportement. - Permettre le développement optimal de la personne au regard de ses potentialités.
Références	Savoirs biologiques et médicaux	- savoirs biologiques, psychologiques et sociaux. - pratiques sociales.	- savoirs biologiques, psychologiques et sociaux. - pratiques sociales.	- Savoirs biologiques, psychologiques, sociaux et écologiques. - pratiques sociales.
Sujet	- Le sujet est passif - Volonté d'adhésion du sujet sollicitée	- Le sujet participe activement à la construction de ses savoirs et savoir-faire. - le sujet est influencé dans son apprentissage par ses conceptions individuelles.	- Le sujet est au centre de la construction des savoirs et des savoir-faire mais il est influencé par le groupe social et culturel auquel il appartient. - le sujet est influencé dans son apprentissage par ses conceptions individuelles et par son interaction permanente avec son environnement social.	- Le sujet est au centre de la construction des savoirs et des savoir-faire mais il est influencé par le groupe social et culturel auquel il appartient et par le milieu naturel dans lequel il vit. - le sujet est influencé dans son apprentissage par ses conceptions individuelles et par son interaction permanente avec son milieu social et naturel.
Tâches	- Inexistantes Transparentes pour le sujet - Exécution de la tâche non réflexive - Apport descendant	- Tâche permettant de faciliter la rencontre entre les compétences de l'éducateur et celles du sujet. - Tâches aidant au développement de nouvelles connaissances. - Tâches facilitant le développement des aptitudes et des habilités nécessaire pour rendre le sujet plus autonome.	- Tâche permettant de faciliter la rencontre entre les compétences de l'éducateur et celles du sujet. - Tâches aidant au développement de nouvelles connaissances. - Tâches facilitant le développement des aptitudes et des habilités nécessaire pour rendre le sujet plus autonome. - Tâche mettant le sujet en situation d'interaction sociale.	- Tâche permettant de faciliter la rencontre entre les compétences de l'éducateur et celles du sujet. - Tâches aidant au développement de nouvelles connaissances. - Tâches facilitant le développement des aptitudes et des habilités nécessaire pour rendre le sujet plus autonome - Tâche mettant le sujet en situation d'interaction sociale et avec son milieu de vie. - Tâches destinées à promouvoir le sens de la dignité et de la responsabilité de l'individu en même temps que celui de la solidarité et de la responsabilité collective.

Tableau 2 : Articulation entre les modèles de la santé de Fortin (2004) et la situation d'éducation dans le domaine des *éducations à…* (Lange & Victor, 2006).

2.4.3.3. L'éducation à la santé à l'école

On reconnait naturellement à l'école le rôle incontestable de formation des élèves à travers l'instruction. Pourtant, la Charte d'Ottawa de la promotion de la santé, qui donne une place importante à l'éducation comme moyen de promouvoir la santé, crée une forte attente de la part de l'école dans sa contribution à l'éducation à la santé. Mais « il n'y a rien dévident à ce que l'école, dont la mission se cantonne à la sphère publique, prenne en charge le domaine de la santé qui relève d'abord du privé, de l'intime. » (Jourdan, 2010, p. 17). En effet, même si dans son histoire, l'école à toujours été un acteur majeur de santé publique, notamment à travers ses leçons de morale et d'hygiène, il est nécessaire de prendre en compte l'évolution sociale qui a elle-même entrainée une profonde mutation tant dans la mission de l'école que dans le rôle de l'enseignant.

Pour répondre aux changements divers apparus dans les comportements individuels et collectifs, l'école s'est davantage vue sollicitée, ébranlant au passage la mission exclusive de transmission de savoirs dans laquelle elle était inscrite. Ainsi,

> l'école est écartelée entre des fonctions multiples et contradictoires : enseigner la maîtrise des langages traditionnels et initier aux nouvelles technologies, transmettre un patrimoine et permettre la compréhension des situations contemporaines, prendre en comptes les différences et garantir une culture commune, faire réussir aux examens et apprendre les règles de la vie en société, former au respect de l'environnement et à la sécurité, éduquer à la santé, prévenir le sida, informer sur les danger des toxicomanies et bien d'autres choses encore. (Merieu, 2002, p. 40)

Cette inflation des missions de l'école qui vient en surcroit de sa mission principale d'instruction n'est pas sans impact sur les représentations professionnelles des enseignants. Ces derniers ont ainsi du mal à se positionner face à cette augmentation des missions de l'école. En effet, comment concilier instruction et éducation tout en respectant ce qui relève de la sphère privée? Comment d'ailleurs intégrer les objectifs assignés à l'instruction et ceux relatifs à l'éducation ? *A priori* les enseignants sont tout aussi écartelés dans leur rôle (Berger, Pizon, Bencherif & Jourdan, 2009) que l'école l'est dans ses fonctions. Comment donc légitimer l'éducation à la santé à l'école sans que d'une part l'école se sente bousculée dans sa mission et que d'autre part l'enseignant n'ait le sentiment d'aller au-delà de son rôle ?

Pour Jourdan (2010) « il n'est pas raisonnable de penser la prise en compte de la santé à l'école sur le modèle de l'ajout d'une mission supplémentaire » (p. 30). En effet, il parait peu probable de positionner positivement l'éducation à la santé à l'école comme un objet nouveau. Ceci en raison de ce qui fait sa spécificité, notamment le fait de n'être pas une discipline au sens traditionnel du terme, mais comme le relève Jourdan (2010), une forme scolaire non disciplinaire fondée sur une morale provisoire à construire et non sur des connaissances universelles. Une autre spécificité de cette forme scolaire tient aussi au fait de son objet, du fait que l'éducation à la santé place l'Homme au centre de son action, contrairement aux disciplines scolaires qui s'appuient sur un référentiel de savoirs universels n'ayant pas forcement un lien direct à l'Homme. Néanmoins ces spécificités ne rendent pas caduque la légitimation de l'éducation à la santé à l'école, car « le secteur éducatif a un rôle capital à jouer en préparant les enfants et les jeunes à assumer leur fonction et leur responsabilité d'adulte » (Delors et al. 1996). Gordon (2008) remarque que dans la plupart des pays, les enfants passent une grande partie de leur temps à l'école. Ce qui confère à l'école le privilège d'être régulièrement et durablement en contact avec un nombre important d'enfants issus de milieux différents. En outre, l'école dispose de ressources matérielles et humaines compétentes et fiables pour assurer l'éducation à la santé des élèves. En effet, les enseignants sont des éducateurs potentiels qui peuvent s'investir avec efficacité dans cette éducation des élèves. L'école est aussi le première cadre dans lequel va se jouer les premières relations amoureuses des jeunes et même leurs premières expériences sexuelles. Autant de raisons qui légitiment et renforce le rôle de l'école en éducation à la santé, bien qu'il y ait d'autres acteurs, notamment les parents, qui soient tout autant légitimes à assurer cette éducation des enfants.

2.4.4. Les représentations en éducation à la santé

Travailler en éducation à la santé consiste essentiellement à agir sur les conceptions individuelles et les représentations sociales pour qu'elles soient propices à l'adoption des conduites sans risque pour la santé. La prégnance des représentations en éducation à la santé est d'autant plus forte que ce ne sont pas seulement les conceptions individuelles et les représentations sociales du public cible qui sont mises en jeux, mais également celles des intervenants. Il importe donc d'accorder un bref arrêt sur ce concept fondamental en éducation à la santé.

2.4.4.1. Définitions de la représentation

Abric (2003) définit la représentation sociale comme « une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place » (p. 13).

Pour Jodelet (2007), la représentation sociale est « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (p. 53). Les représentations sociales constituent ainsi un système de valeurs auxquelles se réfère l'individu ou le groupe pour définir son comportement et adapter ses pratiques. Pour Abric (2003),

> la représentation fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité qui régit les relations des individus à leur environnement physique et social, elle va déterminer leurs comportements ou leurs pratiques. La représentation est un *guide pour l'action*, elle oriente les actions et les relations. Elle est un système de pré-codage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipation et d'attentes. (p. 59)

C'est ainsi au travers de ses représentations sociales que l'individu appréhende le monde qui l'entoure, la société et le groupe dans lesquels il évolue. Elles tiennent une place importante dans la décision de l'individu de faire ou de ne pas faire, dans ses interactions sociales.

Les représentations sociales ont une origine sociocognitive (Abric, 2003) qui justifie sa double composante : une composante cognitive mettant en jeu les règles qui régissent les processus cognitifs ; et une composante sociale qui détermine la mise en œuvre de la composante cognitive. Ainsi la mise en œuvre de la composante cognitive de la représentation est liée aux conditions sociales dans lesquelles s'élabore ou se transmet la représentation. La représentation se présente donc comme un concept fondamental, permettant d'«étudier les comportements et les rapports sociaux sans les déformer ni les simplifier » (Moscovici, 1989, p. 63).

2.4.4.2. Les fonctions des représentations

Les représentations socialement élaborées par l'individu sont comme des balises lui servant de repère dans la société dans laquelle il évolue, et dans les relations interpersonnelles qu'il est amené à établir avec les autres le long de sa vie. Elles représentent ainsi le prisme au

travers duquel l'individu comprend le monde et s'explique les différents phénomènes auxquels il se trouve confronter. Ainsi, « les contenus de représentation agissent comme des *" grilles de lectures "*, et des *" guides d'action"* » (Jodelet, 1993, p. 22). Elles jouent un rôle déterminant dans la dynamique des relations sociales et dans les pratiques. Les représentations peuvent être à la base de l'organisation sociale, dans la mesure où « elles définissent ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné » (Abric, 2003, p. 17). Abric (2003) attribut quatre fonctions principales aux représentations :

- les fonctions de savoir qui permet de comprendre et d'expliquer la réalité ;
- les fonctions identitaires qui définissent l'identité et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes ;
- les fonctions d'orientations qui guident les comportements et les pratiques ;
- les fonctions justificatrices qui permettent a posteriori de justifier les prises de position et les comportements.

Ainsi, les connaissances obtenues par l'analyse des représentations peuvent aider à comprendre les bases des systèmes de pensée et d'actions d'un individu ou d'un groupe.

2.4.4.3. Les représentations individuelles, collectives et sociales, et les conceptions individuelles

Le concept de représentation se décline en plusieurs dérivées n'ayant pas forcement la même connotation. Il s'agit notamment des représentations individuelles, collectives et sociales. C'est Émile Durkheim (cité par Jodelet, 2007) qui introduit en premier la notion de représentation collective dont il va établir la spécificité par rapport à la représentation individuelle. Moscovici (1961) exprimera plus tard la nécessité de replacer le savoir savant dans le cadre social en introduisant le concept de représentation sociale. Nous nous proposons de préciser le sens de chacune de ces déclinaisons du concept de représentation.

a. Les représentations individuelles

Les représentations individuelles sont propres à chaque individu, elles n'ont de valeur propre que pour lui et se construisent à partir de l'interaction qu'il a avec son environnement. « Les représentations individuelles ont pour substrat la conscience de chacun » (Moscovici, 2007, p. 81). Elles sont fondées sur des expériences propres, sont changeants et provisoires car non transmissible puisque mourant avec l'individu.

Pour Durkheim (1968) cité par Moscovici (2007), les représentations individuelles sont « propres à chaque individu, sont variables et emportées dans un flot ininterrompu » (p. 81). Insistant sur la variabilité des représentations individuelles, Durkheim (1968) considérait d'ailleurs que s'étaient les représentations collectives qui prévalaient.

b. Les représentations collectives

Introduite par Durkheim (1898) qui les opposent aux représentations individuelles, les représentations collectives désignent les représentations partagées par un groupe social en terme de contenu essentiellement. Pour Denis (1993) « ces représentations comportent une spécificité individuelle mais également un noyau commun partagé par la plupart des esprits humains participant de la même culture » (p. 23). Alors que les représentations individuelles sont propres à chaque individu et donc variable d'un individu à l'autre, les représentations collectives se rapportent à un groupe et sont caractérisées par leur homogénéité, leur stabilité, leur prédisposition à se perpétuer par la transmission et à se reproduire à travers les générations, préservant ainsi le lien entre les individus et leur permettant de penser et d'agir de la même manière. Moscovici (2007) remarque que c'est sur la base de leurs critères de stabilité/variabilité, de transmissibilité/éphémérité et reproductivité/non reproductivité que s'appui Durkheim pour opposer les deux concepts et établir la prévalence des représentations collectives sur les représentations individuelles, les représentations collectives exerçant une contrainte sur les individus et donc sur les représentations individuelles.

c. Les représentations sociales

Le concept de représentations sociales est récent et repose sur les travaux de Moscovici (1961) qui refuse l'idée d'une stabilité des représentations qui se transmettrait à travers les générations, et démontre que celle-ci s'élaborent et se construisent à travers les interactions entre l'individu et son environnement social. La théorie de Moscovici sur les représentations sociales repose sur deux processus fondamentaux :

- le processus d'objectivation qui est « un processus de genèse de la mise en forme des connaissances relatives à un objet de représentation et qui assure une double fonction, imageante et structurante. » (Rouquette & Rateau, 1998, p.129). C'est donc un processus par lequel les représentations permettent à l'individu de rendre concret ce qui est abstrait.

- le processus d'ancrage qui « consiste en l'incorporation de nouveaux éléments de savoir dans un réseau de catégories plus familières » (Rouquette & Rateau, 1998, p.130). Ce processus qui rend compte de la variabilité des représentations, répond au besoin de l'individu de s'accommoder à ce qui est nouveau en le rendant familier par un processus d'intégration aux connaissances déjà acquises.

Les représentations sociales sont ainsi une évolution du concept de représentations collectives élaboré par Durkheim (1898), et intègrent aussi bien les représentations individuelles que collectives. Jodelet (1989) définit les représentations sociales comme étant « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (p. 36). La connaissance fait ici référence à des notions aussi diverses que les opinions, les croyances, les images, les attitudes, les valeurs… Elle se construit à partir des expériences vécues, l'éducation, les savoirs transmis par la tradition, la communication interindividuelle et sociale. C'est par contre une connaissance qui n'est pas scientifiquement élaborée, ce qui amène Jodelet (1989) à rajouter à la suite de sa définition : « également désignée comme savoir de sens commun ou encore savoir naïf, naturel, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique » (p. 36). Les représentations sociales s'intéressent aux représentations qui s'élaborent par l'interaction entre individus et/ou groupe, et constitue une forme de pensée sociale. Elles se transforment avec le temps en s'enrichissant ou en s'estompant avec les changements sociaux, les expériences vécus, ou une modification des pratiques, et permettent aux membres d'un même groupe social de communiquer, de se comprendre, de construire et préserver une identité psychosociale propre au groupe social.

2.4.4.4. Les conceptions individuelles

Dans la continuité des travaux des sociologues sur les représentations sociales, les chercheurs en Éducation ont proposé d'introduire le concept de « conceptions individuelles ». En effet, les situations d'enseignement visent avant tout à modifier ce que le sujet apprenant sait, qu'il s'agisse de connaissances profanes ou scientifiques. Ils préfèrent ainsi distinguer les différents niveaux de compréhension des processus en jeu dans les situations d'apprentissage. Ils reprennent et fusionnent les concepts de représentations sociales et collectives et utilisent le concept de conceptions individuelles (Berger, 2011).

Dans ce cadre, une conception est un ensemble d'idées coordonnées et de modèles explicatifs, cohérents utilisés par un sujet pour raisonner face au réel. Elle est construite historiquement et

socialement et s'insère dans un ensemble de représentations sociales élaborées collectivement et préexistantes. Cet ensemble traduit une forme de pensée sous-jacente de la personne qui sera l'élément moteur entrant dans la construction d'un savoir et permettant ou obérant les transformations nécessaires à l'élaboration d'une connaissance nouvelle. Cette structure est liée à l'histoire du sujet, à ses affects, à son appartenance culturelle, à son appartenance sociale. Elle a une origine profonde en rapport avec le réel logique et constitue un point d'équilibre dans la relation que le sujet entretient avec le monde. C'est pourquoi, elle s'avère résistante aux changements. Par ailleurs, toute conception est un modèle explicatif qui peut évoluer au fur et à mesure de la construction du savoir, si l'apprenant est mis en situation pour se l'approprier.

Une conception telle qu'elle a été définie précédemment correspond au « *processus d'une activité de construction mentale du réel* » (Giordan & De Vecchi, 1987). Or cette activité s'effectue suivant des modalités psychologiquement et socialement déterminées. En effet, une conception est en rapport avec le niveau de connaissance de l'apprenant, puisqu'elle dépend en grande partie de l'évolution du système cognitif au plan psychogénétique, c'est-à-dire, du degré de maturation psychocognitif atteint par l'apprenant. Pour effectuer un changement de conception, l'élève élabore une compréhension des objectifs à atteindre et construit personnellement des liaisons entre les différentes connaissances ponctuelles dont il dispose, les objectifs et son activité cognitive avec l'aide indispensable d'un tuteur (De Vecchi & Giordan, 1987).

Par conception, on considère donc un processus individuel par lequel le sujet en situation d'apprentissage structure, au fur et à mesure de son développement, les connaissances qu'il intègre (Clément, 1994). Le milieu culturel et social joue un rôle prépondérant dans la genèse des conceptions, puisqu'il détermine les objectifs d'apprentissage, les images choisies, les termes employés, les relations avec les situations vécues, essentiellement à travers le langage (Giordan & De Vechhi 1988). Il constitue le cadre de référence dans lequel va se construire l'apprentissage. Ainsi pour un même concept, les mots employés ne sont que très rarement identiques et sont porteurs de conceptions sous-jacentes différentes parfois très éloignée de la réalité scientifique. Or, plus les conceptions sont marquées par des valeurs et des notions sociales ou affectives, et plus il s'avère difficile de les remettre en cause (Clément, 1994 ; Develay, 1992 ; Giordan & De Vecchi, 1988).

Ainsi, chacun pour construire un savoir s'appuie sur une réalité qui sera découpée, décodée, et exploitée en fonction de son cadre de référence et du niveau atteint sur le plan des opérations

mentales. En conséquence, le nouvel apprentissage se rattache à une conception préalable permettant d'emblée de comprendre un aspect du monde, puis de s'y adapter ou d'agir. Cette conception initiale est importante car elle constitue le point de départ de son évolution.

2.4.4.5. L'influence des conceptions en éducation à la santé

Comme pour toute autre intervention dans le domaine des sciences de l'éducation, la prise en compte des conceptions des élèves par les enseignants est capitale en éducation à la santé. Pour Meirieu (1989), « un sujet ne passe pas ainsi de l'ignorance au savoir, il va d'une représentation à une autre, plus performante » (p. 57). Travailler en éducation à la santé consiste ainsi à agir en priorité sur les conceptions individuelles des individus, dans le but de les faire progresser vers de nouvelles plus favorables à l'adoption des comportements sains. Ce qui n'est pas toujours facile, dans la mesure où ces conceptions qui peuvent paraître dangereuses pour la santé des individus sont a priori cohérentes et vraies pour eux. Pourtant, la réussite des actions éducatives en éducation à la santé dépend de la capacité des individus à s'approprier de nouveaux concepts en construisant de nouvelles conceptions qui très souvent viennent les bousculer dans leurs certitudes. A cette fin, l'action éducative se doit d'être adaptée pour faciliter la construction de nouvelles conceptions, venant compléter, modifier et ou affiner celles préexistantes.

En outre, la prise en compte des conceptions individuelles ne se limitent pas ici aux seuls élèves, mais sont également prise en compte celles des enseignants, des parents et de tous les autres acteurs intervenant dans la construction individuelles ou collectives des sujets.

Chapitre 2

L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

L'éducation à la sexualité s'est imposée au fil du temps au regard de l'impact négatif qu'une sexualité mal vécue pouvait avoir sur la santé individuelle et collective. En effet, l'épidémiologie récente aussi bien des IST, du VIH/Sida (Onusida, 2010), des grossesses involontaires que des interruptions volontaires de grossesse, l'angoisse adolescente, le nombre croissant de relations de couple mal vécues, le déchirement des enfants, adolescents, jeunes et adultes face à une société hypersexualisée (Duquet, 2009) qui déplace tous les repères moraux et rend flou les limites de l'intime et du privé, montrent bien qu'il est nécessaire, utile et impérieux que l'éducation sexuelle soit prise en charge au même titre que toute autre forme d'éducation. Afin de mettre en exergue ce qui peut faire la spécificité de cette éducation sexuelle, il importe de définir les concepts clés qui la constitue afin d'en délimiter clairement son cadre. La suite de ce travail s'y attache, tout en essayant d'être le plus accommodant possible.

1. Le concept de la sexualité

Parler de la sexualité exige un minimum d'éclairage sur le concept dont la complexité est à la base des différentes approches de l'éducation à la sexualité. « Dans le sens commun, la sexualité renvoie à l'activité génitale. Mais elle se confond parfois avec l'affection, la tendresse, certaines émotions, l'amour. Elle peut aussi renvoyer à l'imaginaire érotique, aux conduites de séduction, à la sensualité, au plaisir, etc. » (Courtois, 1998, p. 614). Définir ce qu'est la sexualité est donc un exercice périlleux. La définition de la sexualité est en effet affectée par les facteurs socioculturels, elle varie selon le champ d'étude du chercheur, et les savoirs interrogés (Courtois, 1998 ; Desaulniers, 2001). Desaulniers (2001) envisagent une définition de la sexualité suivant trois approches: biologique, psychosociale, érotique.

1.1. L'approche biologique de la sexualité

D'un point de vue biologique, la sexualité est ce qui nous différencie homme et femme. Elle est inscrite dans le patrimoine génétique de chaque personne et est portée par la 23ème paire de chromosomes (XX chez la femme ou XY chez l'homme) responsable de la différenciation

sexuelle (c'est le sexe génétique), et définissant le sexe masculin ou le sexe féminin correspondant au sexe anatomique. Généralement perçue par sa matérialité liée aux organes sexuels externes de l'homme ou de la femme, la différenciation sexuelle relative à la dimension biologique de la sexualité est également traduite par le sexe gonadique ou hormonal qui joue un rôle prépondérant dans l'apparition et le développement des caractères sexuels secondaires. C'est davantage le sexe biologique qui détermine le rôle ou le comportement sexuel de l'homme et de la femme. Bien que cette approche biologique de la sexualité soit celle qui aiguise le plus la curiosité, elle n'est pourtant qu'une vue étroite de la sexualité dont l'aspect psychologique constitue une dimension à la fois fascinante et troublante pour les jeunes.

1.2. L'approche psychosociale

Si le sexe biologique constitue la matérialité visible de la sexualité, elle ne traduit pour autant pas la perception et l'acceptation que l'individu a de lui-même comme être sexué et qui va déterminer son sexe psychique. Il y va ainsi des transsexuels[13] ou des transgenres[14] qui montrent de manière irréfutable le paradoxe existant entre le sexe biologique et le sexe psychique. Cette singularité du sexe psychique définie l'identité sexuelle qui est la perception que chaque personne se fait d'elle-même et particulièrement du fait de se sentir profondément homme ou femme. C'est « le sentiment profond d'être un homme ou une femme, et d'être reconnu comme tel socialement. L'identité sexuelle vient en quelque sorte, confirmer biologiquement l'identité de genre » (Pelège & Picod, 2010, p. 191). L'identité sexuelle peut ainsi mettre en cause ou pas le sexe biologique dans la mesure où le sentiment d'appartenance qu'a l'individu de lui-même coïncide avec son sexe biologique ou le contredise (Germain & Langis, 2009).

Contrairement au caractère inné du sexe génétique, le sexe psychique est le fruit d'une construction. En effet, « le sexe biologique ne détermine pas l'identité sexuelle des individus (de genre et de sexualité), celle-ci est *re*-convertible, et partant, *constructible*, déterminable, via une intervention technique exogène » (Dorlin, 2008, p.36). Cette acquisition progressive de l'identité sexuelle est largement influencée par différents facteurs, notamment : « le sexe

[13] Terme qualifiant une personne qui ressent un inconfort intense, personnel et émotionnel à l'égard de son sexe de naissance et qui pourrait suivre un traitement (p. ex. hormones et/ou chirurgie) pour effectuer une transition vers l'autre sexe. (Agence de la Santé Publique du Canada (ASPC), (2008). «Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle ». p59)

[14] Terme qui qualifie une personne dont l'identité sexuelle, l'apparence extérieure, l'expression et/ou l'anatomie ne correspondent pas aux attentes traditionnelles envers les hommes et les femmes. (Ibid.)

génétique, les caractéristiques corporelles sexuelles de la personne, la représentation que les parents ont pu en avoir ("le bébé imaginaire"), la façon dont elle se sent perçue par les autres, son état civil, l'éducation, la société dans laquelle elle vit » (MEN, 2008, p. 29). Cette nature de l'identité sexuelle construite est précisément explicitée par cette célèbre phrase de Simone De Beauvoir(1949) : « On ne nait pas femme, on le devient » (p. 285), qui relativise un déterminisme absolu du sexe psychique par le sexe génétique. Ce que confirment bien Pelège et Picod (2010) pour qui « l'identité est bien un processus, une construction identitaire et non pas uniquement un état naturel ou biologique » (p. 95).

1.3. L'approche érotique

L'approche érotique de la sexualité fait référence au sexe, autrement dit au plaisir sexuel. En ce sens, « la sexualité est ce qui permet d'attirer et d'être attiré, de désirer et d'être désiré, de communiquer et d'échanger. Elle est liée à l'amour sexuel, mais peut aussi se vivre de façon totalement indépendante de tout lien affectif. » (Desaulniers, 2001, p.40). Cette sexualité liée au plaisir est vécue dès l'enfance[15] et se poursuit tout au long de la vie. Elle prend alors plusieurs formes et ne fait pas référence uniquement à la génitalité.

Bien que Courtois (1998) prévoit d'autres approches de la définition de la sexualité (anthropologique, sociologique…), les trois approches présentée ci-dessous sont fondatrices des différentes définitions de la sexualité que propose la littérature. Ainsi, « La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend l'appartenance sexuelle, l'identité et les rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction » (OMS, 2008).

2. L'ambigüité de la sexualité

La sexualité est finalement une notion ambigüe. Elle sépare pour unir dans la reconnaissance mutuelle et l'amour (Laupies, 2000). Brenot(2007) traduit clairement cette ambigüité de la sexualité par cette réflexion :

> sur le plan étymologique, la sexualité est ce qui sépare l'espèce en deux catégories d'individus, les mâles et les femelles. Sur un plan relationnel et

[15] Cf. les théories psychanalytiques de Freud (Freud S. (1989). Trois essais sur la théorie sexuelle (traduction de Phillipe Koeppel). Gallimard

> affectif, la sexualité est ce qui rapproche les individus et qui les unit. Premier paradoxe, mais dans un premier temps, premier témoin de sa complexité, la sexualité est à la fois ce qui nous sépare et ce qui nous unit. (p. 77-78)

La sexualité est l'altérité de l'humain qui le sépare de Dieu, mais qui est nécessaire pour *se multiplier et peupler la terre.* Elle sépare non seulement de Dieu, mais empêche aussi *le service de Dieu.* Cette dualité de la sexualité qui sépare en même temps qu'elle unit, qui est source de malheur et de bonheur, qui éloigne en même temps qu'elle rapproche est un véritable paradoxe dont il n'est pas toujours facile de parler.

3. L'orientation sexuelle

L'orientation sexuelle est à la base du choix de *"l'objet du désir"* de l'individu. Elle est définie comme le fait d'être attiré par un sexe ou par l'autre (Communal, Guigné & Rozier, 2010), ceci indépendamment de l'identité sexuelle définie par le sexe psychique. Pour Baruffol (1999), « l'identité sexuelle semble être le résultat d'une construction progressive qui fait intervenir plusieurs dimensions » (p. 177). D'après lui, quatre éléments sont à la base de cette construction de l'identité sexuelle : le sexe génétique-chromosomique, l'environnement hormonale pré et périnatal, la morphologie différentielle du cerveau, l'environnement psychosocial. « On suppose actuellement que chacun [de ces] quatre éléments qui interviennent dans la construction de l'identité sexuelle dispose d'une autonomie, limitée certes mais suffisante, pour conduire à des identités sexuelles subjectives, comportementales, émotionnelles et cognitives, irréductibles à la bipartition masculin-féminin » (pp. 177-178). Toutefois, l'hypothèse d'une prédisposition génétique de l'orientation sexuelle reste controversée, l'influence de l'environnement psychosocial étant l'hypothèse la plus évoquée dans l'explication de la construction de l'orientation sexuelle.

Citant Michaels et Lhomond (2006), Tjepkema (2008), indique que « l'orientation sexuelle comporte trois éléments distincts : 1) *l'attirance et les fantasmes sexuels*, 2) *le comportement sexuel* et 3) *l'identification sexuelle » (p. 59).* Il ajoute à propos de ces éléments constitutifs de l'orientation sexuelle : « bien qu'elles se chevauchent, ces trois mesures de l'orientation sexuelle diffèrent légèrement. L'attirance et les fantasmes sexuels représentent la mesure la plus générale …, tandis que l'auto-identification est la plus restreinte … » (Tjepkema, 2008, p. 59).

L'orientation sexuelle qui traduit cette attirance que peut avoir une personne vers des personnes de l'autre sexe (hétérosexualité), vers des personnes du même sexe (homosexualité) ou vers des personnes des deux sexes (bisexuelle) ne doit dont pas être confondue avec l'identité sexuelle.

4. Le genre et les rôles sexuels

Le *genre* est un concept élaboré dans le milieu médical durant la première moitié du XXe par une équipe de médecins engagée dans le traitement médical de l'intersexualité consistant à réassigner un sexe à un enfant présentant une ambigüité sexuelle de naissance. Cette ambiguïté sexuelle traduit non pas le fait d'une absence de sexe (sexe gonadique) et encore moins un corps non sexué (sexe hormonale), mais un mal fonctionnement du processus physio-anatomique n'ayant pas conduit à une identité sexuelle identifiable comme *mâle* ou *femelle*.

C'est pourtant le Psychiatre Robert Stooller qui va vulgariser le concept de *genre* dans les années 50 à travers la Gender Identity Research Clinic qu'il fonde en 1954 (Dorlin, 2008). Pour ce psychiatre, le sexe biologique doit être distingué de l'identité sexuelle, le sexe biologique ne déterminant pas l'identité sexuelle. Ses travaux sont corroborés par les prouesses médicales de John Money (1950), spécialiste de l'intersexualité, qui réussit à réassigner sexuellement un enfant resté sans pénis suite à un accident de circoncision, faisant de ce dernier une fille. Se basant sur les travaux de Stoller et Money, Ann Oakley, sociologue britannique distingue le sexe du genre, dans son ouvrage « sex, Gender and Society » publié en 1972. Cette distinction est à la base du concept de genre dans la théorie féministe (Dorlin, 2008).

En sciences sociales, le concept de genre définit « les identités, les rôles (tâches et fonctions), les valeurs, les représentations ou les attributs symboliques, féminins et masculins, comme les produits d'une socialisation des individus et non comme les effets d'une *"nature"* » (Dorlin, 2008, p. 39). Le concept de genre laisse ainsi penser qu'on n'est pas le même *"homme"* ou la même *"femme"* suivant l'époque, le groupe sociale dans lequel on évolue ou encore le niveau d'étude atteint. Contrairement au sexe biologique qui est universel et considéré comme immuable, le genre est variable dans le temps et l'espace. C'est la part mouvante de l'identité sexuelle, c'est le sexe social. Il est lié à un mode de transmission par des processus de socialisation (famille, école, médias…), des manières d'être, de penser, d'agir orientant

chaque individu vers des rôles sociaux, historiquement attribués à l'un ou l'autre des sexes et avec l'idée d'un fort déterminisme biologique.

« Les rôles sexuels constituent la traduction en actes et en comportements de l'identité sexuelle, des attitudes et conduites qu'une culture considère comme appropriées pour un homme ou une femme » (Communal, Guigné & Rozier, 2010, p. 250), avec des variations importantes selon les sociétés et leurs réalités historiques, religieuses, économiques et culturelles. Ils définissent dans toute société, la répartition des tâches selon le sexe anatomiques. Ainsi, une tâche est attribuée à une personne suivant qu'elle soit homme ou femme. La notion de rôles sexuels définit alors d'une part, un ensemble de comportements prescriptifs et d'autre part une structure hiérarchique des rôles sexuels liée à la définition des attributs du masculin et du féminin (Latte Abdallah, 2005).

5. Les dimensions de la sexualité

Plusieurs auteurs (Brenot, 2007 ; Communal, Guigné & Rozier, 2010 ; Desaulniers, 2001 ; Pelège & Picod, 2010) se sont penchés sur cette notion sans qu'un consensus ne soit toutefois trouvé, bien qu'il n'y ait pas de contradiction fondamentale entre leurs propositions. Ceci tient du fait qu'il existe des relations indéniables entre les différentes dimensions possibles de la sexualité, des relations dont les frontières sont parfois difficiles à établir. Le découpage est finalement établi suivant la sensibilité des auteurs. Ainsi, Brenot (2007) fait état de 5 aspects de la sexualité préconisés par Réjean Tremblay (L'éducation sexuelle en institution, 1992) :

- Aspects biologiques (anatomie et physiologie, reproduction, développement) ;
- Aspects psychologiques (développement psychologique) ;
- Aspects sociaux (et culturels) ;
- Aspects affectifs (émotions, plaisir, amour) ;
- Aspects moraux (morale, religion)[16]

Pelège et Picod (2010) font quant à eux état d'une « sexualité qui se trouve à l'intersection des trois champs qui fonde notre humanité » : le champ biomédical, le champ psychoaffectif et le champ social. Ils en font d'ailleurs une représentation schématique (figure 8) montrant comment ces champs s'articulent entre eux.

[16] Brenot Philippe (2007), l'éducation à la sexualité, coll. Que sais-je, PUF, p.42.

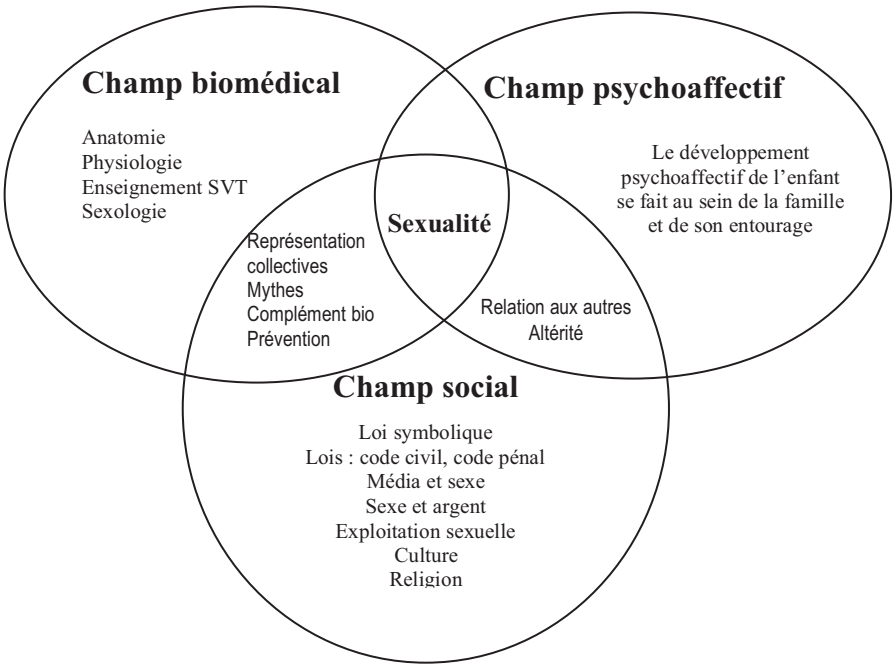


Figure 8 : les différents champs de la sexualité (Pelège & Picod, 2010, p.17)

Communal, Guigné et Rozier (2010) présentent la sexualité en trois grandes dimensions : la dimension biologique, la dimension affective, la dimension sociale. En effet, pour ces auteurs, « la sexualité humaine ne se résume pas à des notions de biologie…car elle est amplement imprégnée de mouvements affectifs sous l'éclairage social » (Communal, Guigné & Rozier, 2010, p.50)

Enfin, parmi les auteurs que nous avons retenus, Desaulniers (2001) propose une sexualité humaine en cinq grandes dimensions :

- Une dimension physique
- Une dimension psychologique
- Une dimension sociale
- Une dimension comportementale (associée aux risques liés aux comportements sexuels des adolescents)
- Une dimension morale

Pour notre part, sans remettre en cause l'un ou l'autre de ces auteurs, nous choisissons de nous positionner suivant le raisonnement de Desaulniers (2001). Sa présentation de la sexualité en cinq dimensions nous permet le mieux de rendre compte des axes possibles d'éducation à la sexualité pouvant être entrepris à l'école, tout en étant le plus exhaustif

possible. Notre choix de présenter la sexualité en cinq dimensions repose sur deux logiques principales : une logique qui prend en compte le champ d'étude auquel se rapporte la dimension de la sexualité considérée, et la logique de la visée éducative en éducation à la sexualité relative à cette dimension de la sexualité. Le tableau 3 ci-dessous donne une vision des différentes dimensions de la sexualité suivant les deux logiques d'analyse.

DIMENSIONS DE LA SEXUALITÉ	LOGIQUES DE L'ANALYSE	
	Champ d'étude	**Visée éducative**
Biologique	Biomédical	- Transmission de savoirs
Psychoaffective	Psychologie	- Développement des compétences personnelles, et psychosociales
Comportementale	Biomédical Psychologique Sociologique Juridique	- Développement de connaissances - Développement des compétences personnelles et psychosociales - Développement des habilités comportementales
Morale	Juridique	- Développement de compétences personnelles et éthiques
Sociale/culturelle	Juridique sociologique	- Développement des compétences psychosociales - Développement des connaissances - Développement des habilités comportementales

Tableau 3 : Analyse des dimensions de la sexualité suivant le champ de l'étude et la visée éducative en éducation à la sexualité

5.1. La dimension biologique

La dimension biologique de la sexualité concerne tout ce qui a trait à l'anatomie et à la physiologie du corps humain sexué. Elle fait également référence aux mutations anatomiques et physiologiques se produisant à la puberté, à la relation sexuelle et à la procréation (Desaulniers, 2001, Salah-Eddine Khzami et al., 2008). Généralement, la dimension biologique de la sexualité est associée à la génitalité, qui renvoie elle-même aux relations coïtales, aux actes sexuels, aux manipulations des organes génitaux et aux jeux sexuels. Contrairement aux autres dimensions de la sexualité, la dimension biologique a été très vite prise en compte dans les programmes scolaires, notamment dans les programmes de Sciences et Vie de la Terre où des notions sont proposées aux élèves dès l'école primaire. Elle se limite dans ce cas à une information, une transmission de savoirs scientifiques sur la sexualité. « Descriptive, agrémentée de schémas, elle [permet] à tout un chacun, de comprendre, de

savoir, de voir comment le corps sexué fonctionne » (Pelège & Picod, 2010, p.164). Toutefois, même si elle est utile, cette information sur la sexualité est insatisfaisante et incomplète tant dans son contenu limité à la reproduction, que dans son approche pédagogique qui ne laisse que peu de place à l'échange entre le formateur et les apprenants.

5.2. La dimension psychoaffective

La dimension psychoaffective est la dimension de la sexualité liée à la construction psychique de chaque individu et au développement de ses compétences psychosociales en matière de sexualité. Elle fait ainsi référence aux attitudes, à l'émotion, ainsi qu'aux sentiments éprouvés à l'égard de soi et de l'autre, et constitue ce qui fait l'immatérialité de la sexualité (Mels, 2005). Si la dimension biologique est formellement identifiable et facilement acceptable par les enseignants comme objet d'éducation parce que conçue autour des concepts scientifiques certains, la dimension psychoaffective de la sexualité se repère de façon implicite et est difficile à aborder car son curriculum ne se prête pas à des réponses formelles a priori. La prise en compte de la dimension psychoaffective de la sexualité permet de mener avec les adolescents, une réflexion subjective au sujet de leur vie affective et sexuelle, et de la façon dont ils envisagent une relation sexuelle épanouissante. Cette démarche de réflexion intégrative sur la sexualité vise à réfléchir avec ceux-ci sur les diverses façons qui leur sont offertes d'exprimer leur sexualité avec un partenaire, dans le respect aussi bien de l'autre que de leurs propres besoins, leurs désirs, leurs préférences, leurs peurs et leurs limites. Il s'agit entre autre de réfléchir avec les jeunes sur l'impact de la pression des pairs et du désir de conformité sur l'expression de soi et de sa sexualité.

5.3. La dimension comportementale

La dimension comportementale de la sexualité fait référence aux risques liés à l'agir sexuel et aux moyens de se prémunir. Plusieurs auteurs (Pelège & Picod, 2010 ; Brenot, 2007) incluent les éléments constitutifs de cette dimension dans la dimension biologique de la sexuelle. Mais pour les raisons énoncées plus haut, nous avons fait le choix de distinguer la dimension comportementale de la sexualité des autres dimensions. Elle prend en compte aussi bien les infections transmissibles sexuellement (ITS), le VIH/sida, les grossesses non désirées, les interruptions volontaires de grossesse, que tous les autres dangers biopsychosociaux auxquels peuvent être confrontés les adolescents dans l'expression de leur sexualité. La dimension comportementale de la sexualité est le produit de l'intégration des quatre autres dimensions de

la sexualité auxquelles elle est étroitement liée. Sa perception et son vécu par les adolescents dépendent totalement de l'harmonie avec laquelle ils appréhendent les autres dimensions de la sexualité. La dimension comportementale constitue ainsi un véritable baromètre de l'intégration de la réalité multidimensionnelle de la sexualité par l'adolescent. Il va s'en dire qu'une bonne perception et un bon ancrage des éléments de base des dimensions biologique, psychoaffective, morale et sociale/culturelle contribuent à une réalisation positive de la dimension comportementale. Puisque les sujets liés à cette dimension sont régulièrement énoncés pour justifier l'intérêt de l'éducation à la sexualité (Inserm, 2001), on ne peut donc y agir efficacement que dans la mesure où on prend en compte toutes les autres dimensions de la sexualité.

5.4. La dimension sociale et culturelle

« La sexualité est en partie régie par la communauté et est étroitement liée à la socialisation des individus… Elle dépend du contexte social, historique et culturel d'une société » (Courtois, 1998, p. 614). Le comportement sexuel de l'individu est ainsi influencé entre autres, par les codes culturels véhiculés sur la sexualité dans la société où il évolue. Ces codes culturels relatifs à la sexualité transparaissent dans tous les supports de socialisation notamment les médias. L'influence culturelle et religieuse, les normes et règles du groupe social et leurs aspects juridiques et politiques ont un impact sur la vie sexuelle (Rochigneux, Berger, Courty & Jourdan, 2007). Ils sont générateurs de stéréotypes, de rôles sexuels et de normes comportementales et affectives.

La prise en compte de la dimension socioculturelle de la sexualité s'avère ainsi nécessaire, pour permettre aux adolescents de structurer leur identité sexuelle sans se limiter aux modèles sociaux sur la sexualité souvent idéalistes, normalisant et générateurs d'angoisses et de frustrations.

5.5. La dimension morale

La dimension morale de la sexualité représente l'ensemble des valeurs, croyances et principes liés à l'expression de la sexualité (Brenot, 2007 ; Mels, 2005). Elle va contre l'idée d'une sexualité libre et sauvage, et permet de recadrer la sexualité des adolescents. Loin d'être une vision normalisée de la sexualité, la dimension morale appelle à la responsabilisation de l'agir sexuel.

La figure ci-dessus représente l'articulation de ces différentes dimensions de la sexualité.

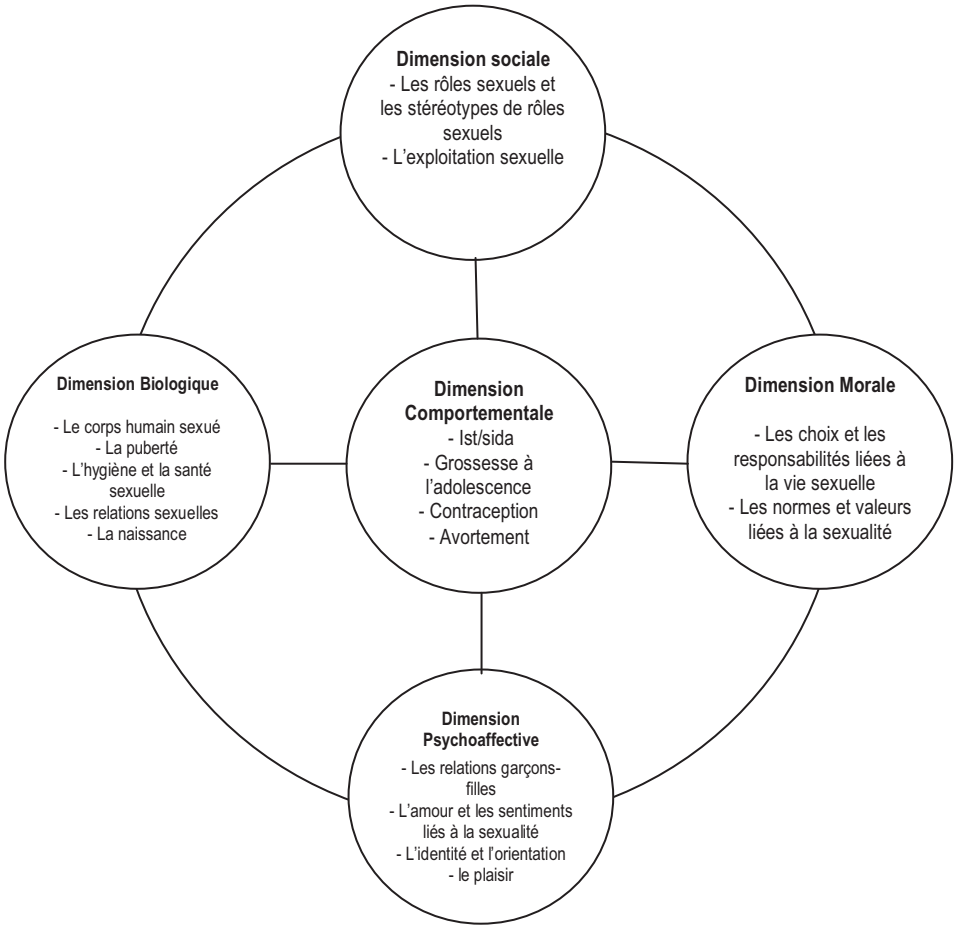


Figure 9 : Dimensions de la sexualité suivant le champ d'étude et la visée éducative

6. Essai de définition de la santé sexuelle

Définir ce qu'est *"la santé sexuelle"* est un exercice périlleux. En effet l'usage du mot *"santé"* mène très vite à une conception médicale de la sexualité et peut laisser penser qu'il existe un modèle de santé sexuelle qui soit prescriptible à tous. On est pourtant loin de parvenir à cette *"vérité médicale"* qui permettrait de définir de manière univoque la santé sexuelle, même si les sexologues ont pu s'accorder sur une définition qui fonde leur profession (Béjin, 1982 ; Chatton, 2005). Toutefois, une tentative d'explicitation de la santé sexuelle peut être faite suivant trois approches (ASPC, 2008):

- **Éviter de définir l'expression « santé sexuelle » parce que notre compréhension de la sexualité est tributaire des normes sociales et que, de ce fait, il est impossible d'en formuler une définition qui ne soit ni entachée d'idéologie, ni normative**

En effet, toute tentative de définition de la santé sexuelle à visée éducative aurait tendance à normaliser les conduites en définissant un comportement sexuel *"normal"* et scientifiquement validé. Or, une telle définition normative est susceptible de n'être que l'expression de la perception que son auteur ou le public a de la sexualité. Proposer une définition de la santé sexuelle qui enfermerait les gens dans une bulle normative conduirait à la culpabilisation des personnes en marge de la conformité.

- **Définir l'expression et l'employer avec circonspection. Garder à l'esprit que les définitions de la santé sexuelle peuvent changer et qu'elles ne devraient pas être considérées comme des règles de conduite rigides**

Cette approche prend en compte la construction sociale de la santé sexuelle. En effet, les conceptions se rapportant autant à la santé qu'à la sexualité sont influencées par plusieurs facteurs, notamment les facteurs sociaux, religieux, scientifiques, culturels et plus encore par l'expérience individuelle. De même les conceptions à l'égard de la santé sexuelle varient d'un individu à l'autre, et sont susceptibles de changer avec le temps. La vision contemporaine de la sexualité est ainsi, toutes choses égales par ailleurs, différente de celle de l'époque antique. Il est donc difficile de donner une définition de la santé sexuelle qui se prévaut de prendre en compte tous ces facteurs. Si elle est établie, une définition de la santé sexuelle peut convenir à un groupe ou une société quelconque sans pour autant être universellement acceptable. Compte tenue des ces considérations, toute tentative de définition de la santé sexuelle exige un minimum de précaution et une forte relativité, et devrait s'ancrer sur des questions de droits individuels, de besoins, de désirs et d'obligations individuels plutôt qu'à la prescription des codes de conduites.

- **Considérer l'expression comme une vision optimiste**

Une vision optimiste de la définition de la santé sexuelle la focalise sur l'établissement d'un ensemble d'indicateurs de la santé sexuelle. Ces indicateurs sont établis de telle manière qu'ils ne suscitent aucun jugement, mais préconisent un ensemble d'attitudes et de comportements sexuels supposés idéaux. Il s'agit de considérer la santé sexuelle non pas

comme une fin en soi, mais comme une ressource parmi d'autres contribuant à l'épanouissement des personnes.

Face à ces différentes approches, toute définition de la santé sexuelle ne peut être que provisoire, car la compréhension de ce concept dépend de plusieurs facteurs variables d'un milieu à un autre. Cette mise en garde étant faite, nous retiendrons que la santé sexuelle peut être considérée comme « le processus qui consiste à procurer aux personnes, aux couples, aux familles et aux collectivités les renseignements, la motivation et les habiletés comportementales nécessaires pour améliorer l'épanouissement sexuel et pour éviter les problèmes d'ordre sexuel » (ASPC, 2008, p.6). Cette définition nous semble en effet la plus proche de la vision de la Charte d'Ottawa de la promotion de la santé qui encourage une prise en charge globale de la santé quelque soit le domaine considéré.

7. L'éducation à la sexualité

Malgré le foisonnement d'écrits sur l'éducation à la sexualité, il n'existe pas une définition unanime de ce concept, chaque intervenant en éducation à la sexualité étant porteur d'une certaine conception de la sexualité et de l'éducation à la sexualité (Desaulniers, 2001). Entre autres définitions proposées par Desaulniers (2001), nous retiendrons que l'éducation à la sexualité

> est d'abord une forme de connaissance : connaissance de son corps sexué, du mécanisme de reproduction, des réactions sexuelles et de la relation sexuelle. Par ce biais, elle est également une connaissance de soi, de ses sentiments, de ses désirs, de ses valeurs par rapport à la vie sexuelle. C'est ensuite une prise de conscience de l'importance de la sexualité autour de soi et pour soi. (p. 26)

Cette définition rend compte de l'objectif de transmission de connaissances sur les différents aspects de la sexualité, bien que cet objectif ne soit pas l'essentiel de l'éducation à la sexualité. En effet, par éducation à la sexualité, on entend aussi

> une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur. L'éducation [à la sexualité] offre la possibilité

> d'explorer ses propres valeurs et attitudes, et de développer des compétences en matière de prise de décisions, de communication et de réduction des risques, concernant de nombreux aspects de la sexualité. (Unesco, 2010, p.2)

Ces deux définitions tout à fait complémentaires, montrent la complexité de cette éducation. En effet, celle-ci n'est pas une simple transmission de savoir sur la sexualité, encore moins une forme de conditionnement à une attitude sexuelle jugée correcte. Mais elle vise le développement de la capacité des individus à se construire une image positive d'eux-mêmes et de la sexualité, par une intégration harmonieuse des différentes dimensions de la sexualité.

7.1. Éducation à la sexualité ou éducation sexuelle ?

Dans la littérature, il est fait usage régulièrement des expressions *"éducation à la sexualité"* et *"éducation sexuelle"*. Certains auteurs les utilisent indifféremment, sans aucune nuance véritable. Pourtant ces deux expressions ne semblent pas avoir la même signification, ou du moins ne visent pas les mêmes objectifs.

Irvin (2000) différencie en effet les deux expressions en se fondant sur leurs objectifs respectifs. Pour elle, « l'éducation sexuelle offre une information élémentaire sur l'anatomie et la physiologie sexuelles, la puberté, la reproduction, les IST, le VIH/SIDA et la prévention de la grossesse. Elle vise à préparer les jeunes à la puberté et à éviter les grossesses non désirées et les IST » (p.4), tandis que « l'éducation à la sexualité met l'accent sur une large approche de la sexualité, concentrée sur la personne tout entière et présentant la sexualité comme un aspect naturel positif de la vie. Elle couvre tous les aspects de ce que devenir et être une personne sexuelle et sexuée veut dire, et elle aborde les dimensions biologiques, psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la sexualité. Elle explore les valeurs et développe les aptitudes sociales dans un but de promotion de la santé sexuelle » (p.4).

L'éducation sexuelle est donc une approche biomédicale de la prise en charge éducative de la sexualité, contrairement à l'éducation à la sexualité qui est une approche éducative plus holistique de la sexualité, prenant en compte les composantes biopsychosociales de la sexualité. Cette dernière est conforme aux exigences de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), qui ambitionne le bien-être complet. La santé sexuelle ne saurait ainsi se garantir par la seule absence d'IST et du VIH/sida ou des grossesses non désirées qui prennent une large place dans le contenu des programmes d'éducation sexuelle. Même si elle n'est pas

inutile, la conception de l'éducation sexuelle telle que définie par Irvin (2000) s'avère cependant insuffisante dans la perspective d'une vie sexuelle épanouissante.

7.2. Les objectifs de l'éducation à la sexualité

La santé sexuelle est une composante importante de la santé individuelle. A cet titre, la finalité de l'éducation à la sexualité est non seulement « la compréhension de soi-même et de ses relations avec autrui en tant que homme ou femme » (Desaulniers, 2001, p.164), mais aussi de préserver cette santé sexuelle. D'après l'Unesco (2010), « le principal objectif d'une éducation sexuelle est de doter les enfants et les jeunes des connaissances, compétences et valeurs leur permettant de faire des choix responsables quant à leurs relations sexuelles et sociales » (p.3). Selon les auteurs et leur positionnement épistémologique, les objectifs de l'éducation à la sexualité sont divers. Brenot (2007) relève d'ailleurs un ensemble d'objectifs proposés par différents auteurs et assignés à l'éducation à la sexualité. Il propose un résumé de ces objectifs en cinq points :

- Permettre une bonne connaissance et compréhension de la sexualité humaine ;
- Permettre l'accès à une autonomie des conduites personnelles ;
- Permettre l'accès à un jugement et à une éthique personnelle ;
- Permettre l'épanouissement des relations interpersonnelles ;
- Permettre l'épanouissement personnel et affectif. (pp. 31-32)

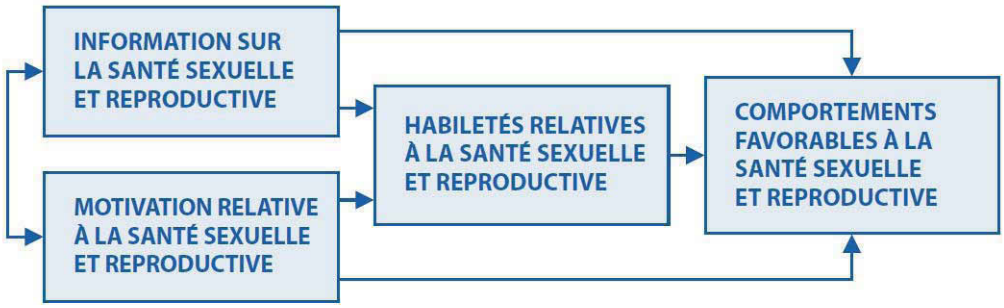
Un accent particulier doit être mis sur l'explication et la clarification des sentiments, valeurs et attitudes associés à la sexualité, de même que doivent être développées ou renforcées les compétences nécessaires pour promouvoir et pérenniser des comportements sexuels sans risques.

7.3. Les dimensions de l'éducation à la sexualité

De part la pluralité de sa mission et de ses objectifs, l'éducation à la sexualité est un objet complexe. Elle intègre plusieurs dimensions que l'apprenant doit intégrer et développer pour arriver à adopter des comportements favorables à sa santé sexuelle.

Pour assurer des actions en éducation à la sexualité efficace, l'Agence Canadienne de Santé Publique (2008) propose qu'elles soient fondées sur le modèle théorique *Information Motivation Habilités Comportementales (IMHC)*. Comme son nom l'indique, le modèle

IMHC s'appuie sur trois éléments principaux : L'information, la motivation et les habilités comportementales. En se basant sur ce modèle, une action en éducation à la sexualité efficace doit pouvoir offrir des informations directement liée à la sexualité, aborder les facteurs motivationnelles qui influencent le comportement sexuel, et développer les habilités comportementales spécifiques nécessaires à l'adoption des comportements sexuels sans risques. Ce modèle est représenté par la figure ci-dessous.



Remarque : Adapté de Fisher, W.A. et Fisher, J.D. (1998). « Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: theory and method ». *Annual Review of Sex Research*, vol. 9, p. 39-76.

Figure 10 : Le modèle IMHC (ASPC, 2008, p. 43)

En nous fondant sur ce modèle, nous allons toutefois un peu plus loin dans la déclinaison des dimensions de l'éducation à la sexualité. En effet, si l'acquisition des connaissances (informations) est une dimension importante de l'éducation à la sexualité, il est tout aussi fondamental pour les jeunes de développer des aptitudes (habilités comportementales) nécessaires pour adopter les comportements sains, d'avoir une motivation à adopter ces comportements et d'appréhender clairement les bénéfices qu'ils gagnent à les adopter. A ces dimensions qui sont inhérentes à l'individu, devra être associé un milieu favorable à l'adoption des comportements sains. L'articulation de ces différentes dimensions dans le cadre d'une éducation à la sexualité est susceptible de permettre aux jeunes de « développer des capacités d'agir, de choisir, de décider d'une manière autonome et responsable ainsi que les capacités d'affronter la réalité et de faire face aux conflits » (Jourdan, 2010, p.82) liés à leur vie sexuelle. Sur cette base, la figure 11 ci-dessous représente schématiquement les dimensions de l'éducation à la sexualité pour une action en éducation à la sexualité efficace.

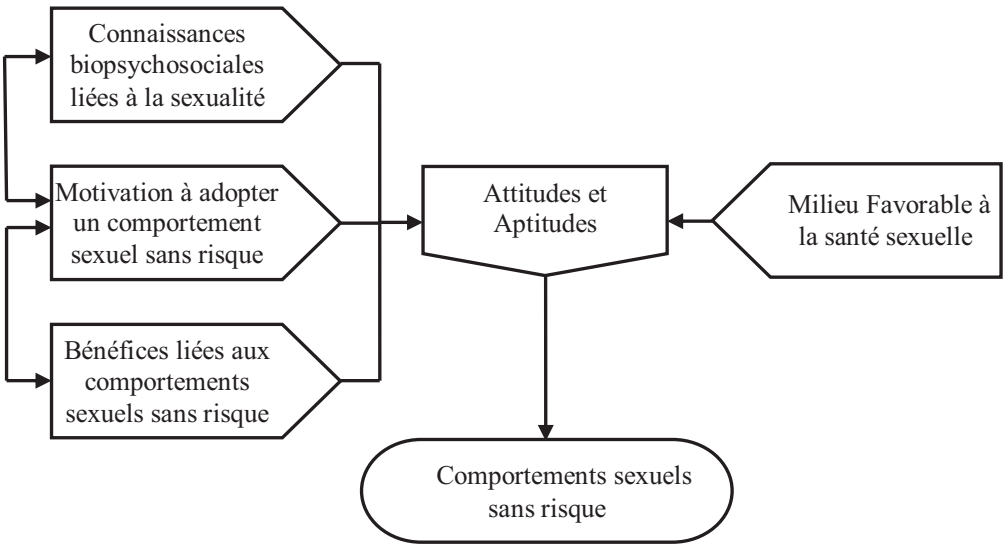


Figure 11 : Les dimensions de l'éducation à la sexualité

7.3.1. La motivation à adopter un comportement sans risque

En éducation à la sexualité comme dans toute autre forme d'éducation, si on souhaite agir sur le comportement de l'individu, il est nécessaire d'agir sur les facteurs qui déterminent l'adoption ou non du comportement visé. Le comportement de l'individu peut être déterminé par des facteurs d'origines diverses (biologiques, sociales ou psychologiques). Parmi ces facteurs qui déterminent le comportement de l'individu, la motivation en est un élément central. Même si elle n'explique pas à elle seule le comportement, la motivation est un facteur psychologique à la base du déclenchement, de l'orientation, de l'intensité et de la persistance d'un comportement dans le temps (Lieury & Fenouillet, 2010).

Lieury et Fenouillet (2010) définissent la motivation comme étant un « ensemble de mécanismes qui déterminent le déclenchement d'un comportement » (p. 158). Pour Yurën (2000) les motivations sont les « structures normatives que le sujet a acceptées intérieurement et qui guideront ses relations avec autrui et ses choix de valeurs ». Le dictionnaire Larousse (1996) définit la motivation comme étant un « facteur conscient ou inconscient qui incite l'individu à agir de telle ou telle façon ».

Ces définitions s'accordent sur le fait que les motivations entraînent des comportements, et donnent sens à l'action. Pour Jean Piaget, cité par Changeux (2002), La motivation résulterait d'un besoin qu'éprouverait à un moment donné l'individu. Ce que corroborent Lieury et Fenouillet (2010) qui font état du fait que de nombreuses théories motivationnelles « considèrent que les besoins sont à la source de toutes motivations

humaines » (p. 158). Abraham Maslow (1943) dénombre et hiérarchise en niveau de priorité, cinq types de besoins susceptibles d'être à la base de la motivation de l'individu. Représentés sous forme de pyramide, ces besoins sont les suivants : les besoins physiologiques, les besoins psychologiques (sécurité, emploi, stabilité familial…), les besoins sociaux (amour, appartenance...), les besoins d'estime de soi (sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur…), les besoin de réalisation de soi (accroître ses connaissance, développer ses valeurs…). Selon sa théorie, un niveau de besoin ne peut s'exprimer que si les niveaux inférieurs sont satisfaits (Bernoux, 1985).

Lieury et Fenouillet (2010) font une différence entre la *motivation intrinsèque* dont les déterminants sont internes, et la *motivation extrinsèque* régie par des renforcements extérieurs. Lorsque le comportement de l'individu est guidé par une *motivation intrinsèque*, alors, le comportement est justifié par l'intérêt et le plaisir qu'il en tire, et non par une récompense extérieure dont il pourrait bénéficier. Par contre, si la motivation du comportement de l'individu est extrinsèque, alors il en escompte un bénéfice quelconque (récompense, faveur, échapper à la punition…).

Quelque soit le motif de la motivation, le comportement de l'individu est étroitement liée au degré de motivation (Gaonac'h & Golder, 1995). Dans le cadre du comportement sexuel, la motivation est susceptible d'inciter les individus à faire appel à leurs connaissances et à leur compréhension afin d'éviter les comportements à risque et de maintenir des pratiques et une confiance cohérentes et saines (ASPC, 2008). Pour cette raison, l'éducation à la sexualité ne se limite pas à la transmission des connaissances, mais concerne aussi le développement de la motivation. Dans le cadre des comportements associés à la sexualité, l'Agence de la Santé Publique du Canada (2008) distingue trois formes de motivation :

- **La motivation émotionnelle**

  La motivation émotionnelle de l'individu liée notamment au degré d'aisance ou de malaise à l'égard des questions de sexualité, et aux comportements particuliers liés à la sexualité peut l'inciter à adopter ou non les comportements favorables à sa santé sexuelle.

- **La motivation personnelle**

  Elle concerne les attitudes et les croyances d'un individu à l'égard d'un comportement susceptible de prévenir sa santé sexuelle (usage du préservatif, usage d'un contraceptif…). Ces attitudes et croyances déterminent largement le fait que celui-ci adopte ou non le comportement visé.

- **La motivation sociale**

Les conceptions d'un individu à propos des normes sociales, ou ses perceptions du soutien social qui se rattache à l'adoption d'un comportement sexuel précis favorable à la santé sexuelle sont aussi susceptibles d'influer sur la modification du comportement.

Ces différentes formes de motivation pouvant cohabiter chez une personne et s'exprimer conjointement face à une situation à risque, il convient, dans une action en éducation à la sexualité, de travailler simultanément sur ces trois formes de motivation.

7.3.2. Les connaissances nécessaires pour adopter un comportement sans risque

La transmission des connaissances sur les différentes dimensions de la sexualité est un élément important en éducation à la sexualité. L'acquisition des connaissances sur la sexualité aide les individus à mieux comprendre leur propre sexualité et celle de l'autre. Les connaissances acquises contribuent à « améliorer l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé. Elles vont influencer ou modifier les représentations, les aptitudes, les comportements… » (Broussouloux & Houzelle-Marchal, 2006, p.110). Habituellement, les connaissances sur lesquelles s'appuient les actions en éducation à la sexualité sont de nature biologique. Si celles-ci sont nécessaires, elles sont toutefois insuffisantes et ne constituent « qu'une partie minimale de l'éducation [à la sexualité] qui ne devrait pas se limiter à l'anatomie, la physiologie, mais comprendre également des notions de psychologie, de sociologie, de morale ou de théologie » (Desaulniers, 2001, p. 135). Les connaissances font donc référence dans notre modèle à des notions transversales sur la sexualité. Ces connaissances sur la sexualité constituent le socle sur lequel s'appuient les autres éléments de l'éducation à la sexualité. Celles-ci doivent être régulièrement actualisées, pour prendre en compte leur évolutivité.

7.3.3. Les attitudes et aptitudes comportementales favorables

Le concept d'attitude est un concept complexe qui donne lieu à diverses définitions suivant le domaine d'études (sociologique, anthropologique, psychologique, etc…) et les auteurs (Ouellet, 1978 ; Potvin & Rousseau, 1993). En se basant sur les caractéristiques similaires entre les définitions de plusieurs auteurs, Potvin et Rousseau (1998) définissent l'attitude comme « une tendance relativement stable d'une personne. Elle peut être vue comme étant un système permanent d'évaluations positives ou négatives permettant de prédire la réaction d'une personne dans des conditions connues » (p. 134). Elle est relativement stable dans la mesure où elle peut changer, l'attitude étant définie comme un construit. L'attitude influence

plus ou moins le comportement de l'individu, elle l'incline à une conduite, à une façon d'être ou d'agir face à une situation spécifique.

Comme autre définition de l'attitude, Potvin et Rousseau (1993) citent Morissette et Gingras (1989) qui la définissent comme

> une disposition intérieure de la personne qui se traduit par des réactions émotives modérées qui sont apprises puis ressenties chaque fois que cette personne est en présence d'un objet (ou d'une idée ou d'une activité); ces réactions émotives la portent à s'approcher (à être favorable) ou à s'éloigner (à être défavorable) de cet objet. (p. 134)

Pour sa part, Ouellet (1978) cite Paillard (1959) qui relèvent que les différentes définitions de l'attitude ont en commun « l'idée d'une prédisposition plus ou moins permanente et plus ou moins spécifique susceptible, dans certaines situations, d'infléchir et d'orienter l'action du sujet dans une direction privilégiée » (p. 366).

Toutes ces définitions rendent compte de l'influence que l'attitude de l'individu est susceptible d'avoir sur son comportement en général, et son comportement sexuel en particulier.

D'après Wechsler (1949), l'aptitude « c'est le pouvoir d'exécuter des actes répondant à une situation donnée » (p. 28). Il place ainsi l'aptitude au cœur de l'action. Dans ce sens, l'aptitude de l'individu à adopter ou non une conduite sans risque détermine également son comportement sexuel. En effet, le fait de disposer des connaissances et la motivation nécessaire ne garantie pas que l'individu puise adopter efficacement un comportement sexuel sans risque s'il ne dispose pas des aptitudes nécessaires. C'est pourquoi une formation sur les habilités inhérentes à une pratique sexuelle sans risque constitue un facteur essentiel pour accroître les possibilités de l'individu à adopter le comportement sans risque souhaité (Irvin, 2000). Il s'agit notamment de développer les habilités pratiques pour adopter le comportement (capacité à poser un acte, capacité à négocier des pratiques) et l'auto-efficacité pour se l'approprier (confiance en sa capacité à poser efficacement l'acte, confiance en sa capacité à négocier efficacement des pratiques) (ASPC, 2008). Pour Irvin (2000), le développement des aptitudes nécessaires à la négociation du comportement sexuel et à la résistance à la pression sociale constitue un aspect important pour qu'un programme d'éducation à la sexualité soit efficace.

7.3.4. Un milieu favorable à l'adoption des comportements sans risque

L'influence de l'environnement sur le comportement sexuel est indéniable (Unesco, 2010). Pour cette raison, l'éducation à la sexualité doit permettre à l'individu de se rendre compte de l'influence du milieu dans lequel il évolue sur sa conduite. Elle doit permettre à l'individu d'acquérir des compétences lui permettant de cerner et d'influencer les pratiques qui agissent sur son comportement sexuel et qui sont susceptibles d'entraver ses efforts pour préserver sa santé sexuelle. Il s'agit notamment pour lui d'appréhender l'importance de la pression des pairs sur son propre comportement sexuel, l'influence du groupe social dans lequel il vit, l'influence des stéréotypes ou encore de l'environnement médiatique sur la fabrique de ses conceptions sur la sexualité et sur la pratique d'une sexualité sans risque, la portée des textes juridiques sur sa vie sexuelle. En somme l'individu doit pouvoir grâce à cette action éducative, développer « la résistance à l'emprise de l'environnement … et la capacité à identifier les soutiens et les ressources locales » (Jourdan, 2010, p. 81).

7.3.5. Le bénéfice du comportement sexuel sans risque

Si Maslow (1943) considère le besoin comme une source de la motivation chez l'homme, les bénéfices que l'individu peut tirer en adoptant un comportement sexuel sans risque constitue une base essentiel de sa motivation à l'adopter ou pas. En effet, lorsque l'individu n'a pas une perception claire de l'intérêt qu'il a d'agir d'une manière particulière, sa motivation à le faire n'est pas garantie. Le bénéfice constitue alors une motivation extrinsèque pouvant être favorables à l'adoption d'une conduite sexuelle saine. Il est cependant nécessaire de remarquer que le bénéfice peut aussi être à la base d'un comportement sexuel à risque. Qualifié dans ce cas de *"bénéfice secondaire"*, il prédispose l'individu à agir de manière à se créer des problèmes, parce qu'inconsciemment, ce comportement néfaste lui procure un certain avantage. Ainsi, qu'il soit primaire ou secondaire, l'obtention d'un bénéfice est à la base de plusieurs comportements, qu'ils soient sans risque ou pas. Il est donc nécessaire en éducation à la sexualité de bien mettre en exergue dans les interventions, les bénéfices individuels et collectifs que l'on peut tirer en adoptant un comportement sexuel responsable. Dans tous les cas, le rapport comportement/bénéfice présenté dans une action d'éducation à la sexualité devrait être tel que l'intérêt de souscrire au comportement pour accéder au bénéfice soit assez fort pour motiver à l'action.

Chapitre 3

LA FORMATION DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION A LA SANTE ET A LA SEXUALITÉ

La formation des enseignants en éducation à la santé est incontestablement l'un des leviers principaux du développement de l'éducation à la santé à l'école (Jourdan, 2010). En France, cet enjeu est pris en compte par les pouvoirs publics (MEN, 1998 ; MEN, 2011)[17] et les différentes structures impliquées dans la formation des acteurs de l'éducation à la santé (Université, INPES, IUFM, EHESP, Associations et Organismes divers…). Si la nécessité de la formation des acteurs de l'éducation à la santé est avérée, elle est néanmoins porteuse d'interrogations : se former certes, mais se former à quoi, pourquoi et comment ? La question des objectifs et contenus de la formation n'est pas moins importante que celle des méthodes de formation. En effet s'il est décisif qu'un cadre de formation soit formellement défini, de la qualité de la mise en œuvre dépend la réussite de la formation

Les principaux acteurs impliqués dans la promotion de l'éducation à la santé en France ont très tôt relevé la nécessité de former les professionnels dédiés à cette mission. Plusieurs réflexions ont été menées à ce sujet autour de différents colloques, des ouvrages ont été publiés par des chercheurs et des praticiens pour soutenir et éclairer cette idée de la nécessaire formation des professionnels de l'éducation à la santé (Berger & Jourdan 2008 ; Jourdan, 2004 ; Jourdan, 2010 ; Loizon et al., 2010 ; Lorto & Moquet, 2009). Cependant, si l'idée fait son chemin, on est loin d'avoir véritablement mobilisé tous les acteurs intervenant en éducation à la santé autour des enjeux majeurs de cette formation qui commence à couvrir les domaines clés de l'éducation à la santé[18]. Il n'est donc pas incongru pour nous de nous interroger sur ces enjeux : se former à quoi et pourquoi ?

[17] « La formation initiale et continue des personnels constitue un moyen essentiel pour promouvoir la généralisation de l'éducation à la santé. C'est pourquoi il importe qu'ils soient formés à prendre en compte dans leur activité professionnelle les méthodes et les objectifs de l'éducation à la santé. De même ils doivent être préparés à organiser, dans la démarche des projets, la cohérence indispensable entre les activités et la complémentarité nécessaire des acteurs » (MEN, 1998).

[18] Notamment l'éducation à la prévention des conduites addictives, Education thérapeutique du patient, l'éducation à la sexualité, l'éducation nutritionnelle…

1. Complexité des finalités de la formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité

La littérature le montre, la formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité est loin d'être un simple transfert de connaissances du formateur vers le stagiaire. C'est bien plus qu'un simple principe de vase communiquant où les savoirs passeraient d'un vase *gorgé* de connaissances vers un autre qui serait à remplir. Cette formation est bien plus complexe dans la mesure où elle interroge l'enseignant autant sur ses valeurs, ses pratiques que sur ses connaissances acquises. C'est une formation qui vise d'une part l'établissement d'un cadre commun de travail pour les enseignants en éducation à la santé et à la sexualité, et d'autre part à « permettre à chaque enseignant en formation de développer les compétences lui permettant de prendre sa place comme acteur d'éducation à la santé » (Jourdan, 2010, 146).

1.1. Les objectifs de la formation des enseignants en l'éducation à la santé et à la sexualité

Globalement, la formation fait référence à une acquisition de compétences. « Cependant, le concept de compétence reste encore aujourd'hui, flou et incertain, malgré les essais multiples et variés de définitions » (Pingoud, 2002, p.15), multiplicité de définitions bien mis en évidence par Toupin(1998). Pour Meirieu (1991) la compétence renvoie à un savoir mettant en jeu une ou des capacités dans un contexte particulier. Pour Wittorsky (1997) la compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur (individu ou collectif) de la situation.

C'est D'Hainaut (1988) qui en donne une définition regroupant l'essentiel des objectifs de la formation des acteurs de l'éducation à la santé. Pour lui, le concept de compétence renvoie à un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être permettant d'exercer convenablement un rôle, une fonction ou une activité. Ce triple objectif (savoirs, savoir-faire et savoir-être) est également présenté par Barthelemy et al. (2000) comme étant le but ultime de la formation des acteurs de l'éducation à la santé. Pingoud (2002) donne de ces catégories de compétence, les définitions suivantes :

- Les savoirs correspondent à des connaissances aussi bien générales que spécialisées sur un thème précis.

- Les savoir-faire correspondent à la maîtrise de la mise en œuvre concrète de techniques, de méthodes ou d'outils, c'est-à-dire d'habilités manuelles, sociales ou cognitives (par exemple, savoir mettre en œuvre les techniques d'animation de réunion).

- Les savoir-être correspondent à la maîtrise d'attitudes comportementales, c'est-à-dire des postures mentales (par exemple, être diplomate, être organisé).

La formation proposée aux enseignants vise ainsi à faire évoluer leurs connaissances, leurs pratiques et leurs attitudes dans l'exercice de leur mission auprès des élèves. Mais le défi permanent de cette formation est celui de trouver un équilibre entre ces trois dimensions de la compétence qu'évoque D'Hainaut (1988), de les articuler les unes aux autres pour en donner sens. En effet comment s'assurer par la formation que ces trois dimensions de la compétence soient au service de la même cause sans que l'une n'inhibe l'autre? La réponse à cette question donne tout son sens à l'intérêt de la formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité qui va plus loin dans la déclinaison de ses enjeux.

1.2. Les enjeux majeurs de la formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité

La formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité doivent tenir compte de quatre enjeux majeurs (Jourdan 2004).

- Prendre en compte la diversité des représentations quant au rôle de l'école dans le domaine de l'éducation à la santé. « L'identité professionnelle des [enseignants] constitue le prisme à travers lequel ils forgent leurs propres représentations de l'éducation à la santé et leur rôle dans ce domaine » (Jourdan, 2004, p. 36). Il est donc nécessaire que la formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité les conduise à intégrer dans leur identité professionnelle les préoccupations allouées à ces formes d'éducation. On ne saurait ainsi envisager une formation dont les compétences à transmettre font fi de la diversité des conceptions des enseignants. Ceci nécessite non seulement un contenu de la formation adapté, mais aussi des méthodologies de formation bien ajustées. Le challenge ici est de proposer une formation qui prenne en compte la spécificité des conceptions des enseignants de leur métier, tout en faisant valoir ce qui fait lien entre leur rôle d'enseignant et leur implication en éducation à la santé et à la sexualité. Par la formation, l'enseignant doit appréhender que

donner aux élèves « les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986) est au cœur de leur mission, l'éducation à la santé et à la sexualité ayant vocation à fournir aux élèves ces moyens.

- Développer une culture commune en référence à la mission de l'école en matière d'éducation à la santé. « Ce qui est susceptible d'être commun aux différents acteurs de l'école est de l'ordre de l'éthique et des valeurs partagées avant d'être celui des approches ou des méthodes… Ce sont ces valeurs qui peuvent constituer le substratum d'une culture commune. » (Jourdan & al., 2004, p.39). Bien qu'ayant une même mission, il est en effet évident que la diversité des conceptions individuelles ne laisse que très peu de chance à une homogénéité tant dans l'idée que se font les enseignants de leur rôle que dans la manière de réaliser leur mission. Parler d'une culture commune consiste donc à définir un prisme à travers lequel chaque enseignant puisse se reconnaître et se positionner en éducation à la santé et à la sexualité. Sans prétendre réduire l'éducation à la santé et à la sexualité à une simple question de valeurs, « il est nécessaire de développer une culture commune […], non seulement pour faciliter le partenariat et accroître la cohérence des pratiques, mais aussi parce qu'elle contribue à la formation initiale et continue. » (Sandrin-Berthon, 2002, cité par Defebvre & al., 2005, p.19).

- Enraciner la préoccupation de l'éducation à la santé des élèves au cœur de l'identité professionnelle des acteurs. L'élaboration d'une culture commune suppose que chaque enseignant ait pris conscience de son rôle dans le développement de l'éducation à la santé et à la sexualité. Or, nous l'avons dit, les enseignants sont différents, de même que leur mode de conceptualisation de l'éducation à la santé et à la sexualité. La culture professionnelle des uns favorise cet enracinement des préoccupations de l'éducation à la santé et à la sexualité, d'autres en revanche sont moins bien disposés (Jourdan, 2010). L'idée que se fait un enseignant de SVT de son rôle en éducation à la santé et à la sexualité est différente, par exemple, de celle d'un enseignant de mathématiques. La formation des enseignants doit tenir compte de cet écart qu'il peut y avoir entre l'idée que se font les enseignants de leur métier et une conceptualisation de l'éducation à la santé et à la sexualité qui peut en faire un objet périphérique. Pour « permettre à chacun des acteurs de l'école de percevoir que travailler individuellement et collectivement à la promotion de la santé dans les établissements est bien constitutif du cœur de leur mission» (Jourdan, 2004, p.41), il est nécessaire de favoriser par la

formation l'enracinement des préoccupations de l'éducation à la santé et à la sexualité des élèves au cœur de l'identité professionnelle des acteurs. Pour Berger et Cardot (2006) « l'objectif principal en formation d'enseignant en éducation à la santé est d'inclure celle-ci dans l'identité professionnelle des stagiaires afin qu'ils prennent conscience de leur rôle dans ce domaine. » (p.3), D'après ces chercheurs, il est nécessaire de « sortir de l'enseignement disciplinaire basé sur l'apport de connaissances pour adopter une démarche transdisciplinaire fondé sur un projet éducatif global et un ensemble de valeurs. » (Berger & Cardot, 2006, p.3).

- **Articuler les différentes fonctions de la formation**. « L'articulation de ce qui vise à permettre aux acteurs d'intégrer de façon cohérente l'éducation à la santé à leur propre identité professionnelle et ce qui vise à les en décentrer dans la perspective d'une ouverture à une culture commune est bien un enjeu fort de la formation des acteurs de l'éducation à la santé à l'école » (Jourdan, 2004, p.43). La finalité de la formation des enseignants n'étant pas de leur apporter des connaissances qu'ils devront à leur tour transmettre aux élèves, il est important de les préparer par la formation aux divers aspects de l'action auxquels ils devront faire face. Il s'agit notamment de former ces acteurs à l'ingénierie de la formation, au travail partenarial et aux méthodes pédagogiques.

La définition de ces quatre enjeux majeurs de la formation des acteurs révèle clairement la complexité de la finalité de la formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité. Complexité dans la définition des contenus, mais également complexité dans la mise en œuvre de la formation de manière à prendre en compte ces différents enjeux. Cette complexité interpelle fortement les formateurs des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité qui ont particulièrement un travail sur soi à faire, car « pour que l'éducation à la santé … prennent sens pour les futurs enseignants, il est nécessaire que les formateurs eux-mêmes puisse s'approprier cette nouvelle mission et les enjeux sociaux et éducatifs qui y sont associés, dans le cadre plus large la promotion de la santé » (Victor & Cardot, 2008, p.87).

1.3. Vers une professionnalisation de l'enseignant en éducation à la santé et à la sexualité

Face à cette complexité de la formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité, Jourdan (2010) milite pour une professionnalisation de l'enseignant. Citant Philippe Perrenoud (1998), il définit la professionnalisation comme étant « l'accès à la capacité de

résoudre des problèmes complexes et variés par ses propres moyens, dans le cadre d'objectifs généraux et d'une éthique, sans être tenu de suivre des procédures détaillées conçues par d'autres. C'est donc être, davantage que dans un métier d'exécution, capable d'autonomie et de responsabilité » (p. 100). Loin de faire des enseignants des spécialistes de l'éducation à la santé et à la sexualité, l'objectif de cette professionnalisation vise leur émancipation et leur sortie de la posture d'exécutant, pour les rendre apte à mener cette activité de manière autonome et réflexive. Il s'agit de faire sortir l'enseignant de la conception du tout prêt en éducation à la santé et à la sexualité, qui consisterait pour lui de se contenter de la mise en place des actions prédéfinies par des experts, dans le strict respect des consignes associées. Car, c'est de la capacité de l'enseignant à s'adapter aux situations, à développer et mettre en œuvre des solutions pertinentes non prédéfinies que dépende son implication efficace en éducation à la santé et à la sexualité. En effet,

> cette démarche de professionnalisation, qui place l'enseignant en situation d'autonomie et de responsabilité accrues, dépasse l'acquisition de savoirs et d'une capacité à réfléchir dans et sur son action. Il ne s'agit pas seulement d'acquérir des outils en vue de mettre en œuvre cette réflexivité mais bien plus d'adopter une véritable posture réflexive. En ce sens, la professionnalisation des personnes concerne la construction de leur identité professionnelle. (Jourdan, 2010, p. 102)

C'est une démarche de transformation de l'identité professionnelle de l'enseignant qui nécessite du temps, une transformation qui ne peut se faire rapidement et qui requiert d'être entamée très tôt dans son parcours de formation. L'importance de cette professionnalisation de l'enseignant en éducation à la santé et à la sexualité et telle que Jourdan (2010) n'hésite pas à la mettre en balance avec une formation qui enfermerait l'enseignant dans des prescriptions de plus en plus fines ne lui donnant aucune marge de manœuvre dans l'action. Pour lui, « penser la formation en éducation à la santé des enseignants, c'est faire un choix fondamental. Soit limiter leur autonomie et investir dans des prescriptions de plus en plus fines … ou bien leur faire une large confiance en élevant leur niveau de compétence » (p. 103).

Bien que l'auteur soit favorable à l'autonomisation de l'enseignant, il n'en demeure pas moins que subsiste l'interrogation sur la base des savoirs formels en éducation à la santé et à la sexualité susceptibles de fournir les compétences nécessaires pour garantir cette autonomie de l'enseignant. En effet, la multidisciplinarité de l'éducation à la santé et à la sexualité fait qu'il

n'existe pas une production scientifique basée sur une vision univoque et donc sur des savoirs partagées pouvant servir de corpus de référence à la formation des enseignants. Qui peut en effet garantir aujourd'hui que des enseignants formés dans deux institutions universitaires différentes acquièrent les mêmes bases théoriques en éducation à la santé et à la sexualité ? L'autonomie n'étant pas synonyme d'affranchissement tant des compétences à développer que des savoirs théoriques qui les fondent, la question du référentiel de connaissances et de compétences en éducation à la santé et à la sexualité se pose fermement.

2. Les conceptions individuelles, un déterminant de la formation des enseignants

Plusieurs travaux de recherche ont montré le lien entre d'une part les représentations sociales (Jourdan et al, 2002), et d'autre part les conceptions individuelles (Berger et al, 2010 ; Berger, Bernard, Wafo, Hrairi, Balcou-Debusshe & Carvalho, 2011 ; Bernard et al., 2007 ; Khzami Salah-Eddine et al., 2008) sur les pratiques des enseignants en éducations à la santé et à la sexualité. Il est donc difficile d'envisager une formation efficace des enseignants dans ce domaine qui ne prennent pas en compte leurs conceptions individuelles. En effet,

> comprendre ces conceptions et leurs origines est un stade indispensable pour pouvoir envisager des formations d'enseignants qui puissent faire évoluer leurs conceptions : c'est à dire faire évoluer les interactions entre leurs connaissances (celles qu'ils maîtrisent, et celles qu'ils acceptent d'enseigner) et les représentations et pratiques sociales (qui les empêchent souvent d'assumer ces enseignements sur la santé et sur la sexualité). (Berger et al., 2010)

S'appuyant sur Charlier (1998), Deaudelin et al. (2005) définissent les conceptions comme « des constructions mentales propre à un sujet, qui s'élaborent en fonction du sujet lui-même et de ses interactions avec l'environnement » (p. 82). Cette définition met bien en exergue le caractère individuel et construit des conceptions. Ce qui les diffère des représentations socialement construites et partagées.

Pierre Clément (2004), cité par (Berger, 2011), considère que les conceptions (C) d'un individu proviennent de l'interaction des connaissances (K comme Knowledge) dont il dispose, de son propre système de valeurs (V) et de ses pratiques professionnelles, personnelles et sociales (P) en lien avec les connaissances en jeu dans une situation donnée.

(p. 111). Cette vision des conceptions est à la base du modèle C = f (K, V, P) de Pierre Clément (2004).

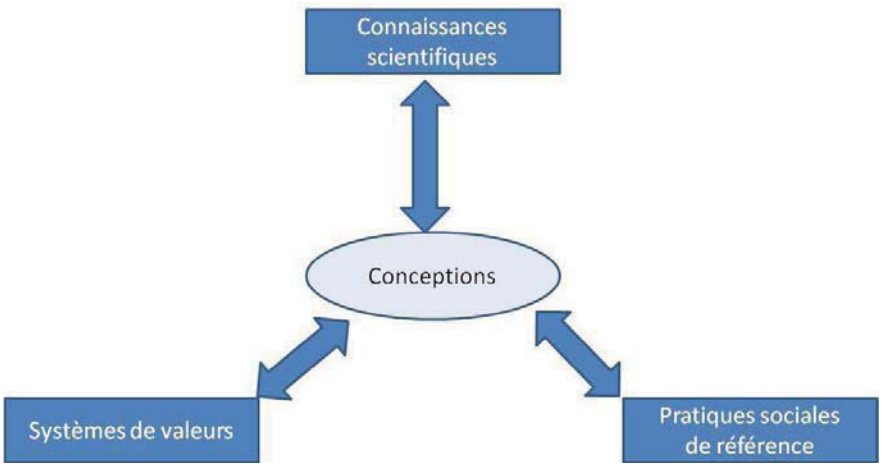


Figure 12 : Les conceptions comme le résultat de l'interaction entre les connaissances, les valeurs et les pratiques sociales de références (d'après Clément, 2004, cité par Berger, 2011)

Ce modèle a le mérite de faire ressortir l'interaction entre les différents éléments du modèle. Ainsi, en situation d'enseignement et en référence au pôle K, « l'enseignant ne peut pas viser simplement l'acquisition de connaissances sans s'intéresser à leur champ de signification pour l'apprenant, aux cadres et pratiques de référence qui conditionnent ces acquisitions et leur mobilisation ultérieure ainsi qu'aux valeurs sous-jacentes par rapport au système de valeurs de l'apprenant » (Berger, 2011, pp. 111-112).

Le pôle P correspond au concept de « pratiques sociales de référence » qui a été introduit par J.-L. Martinand (2006) et qui les décrit de la manière suivante :

- « pratiques » car ce sont des activités objectives de transformation d'un donné naturel ou humain ;
- « sociales » car elles concernent l'ensemble d'un groupe social et non des rôles individuels ;
- « de référence » car la relation avec les activités didactiques n'est pas d'identité, mais en termes de comparaison.

D. Jodelet et S. Moscovici (1990) définissent les pratiques sociales comme « *des systèmes d'action socialement structurés et institués en relations avec des rôles* » (Jodelet & Moscovici, 1990, p.287). Le pôle P renvoie aux pratiques des acteurs dont les conceptions sont analysées, qu'il s'agisse de pratiques sociales mais également de pratiques professionnelles ou citoyennes.

En ce qui concerne le pôle V, l'auteur définit les valeurs comme « *ce qui fonde le jugement* » et qui peut se retrouver à la base des opinions, croyances et idéologies.

A ce modèle, Berger (2011) substitue le modèle C = f (K, RS, P) dans lequel les valeurs sont remplacées par les représentations sociales, « les valeurs étant une forme particulière de représentations sociales » (p. 112). Dans le cas particulier des acteurs de l'éducation à la santé, Berger (2011) remplace les pratiques de références par les pratiques professionnelles de références.

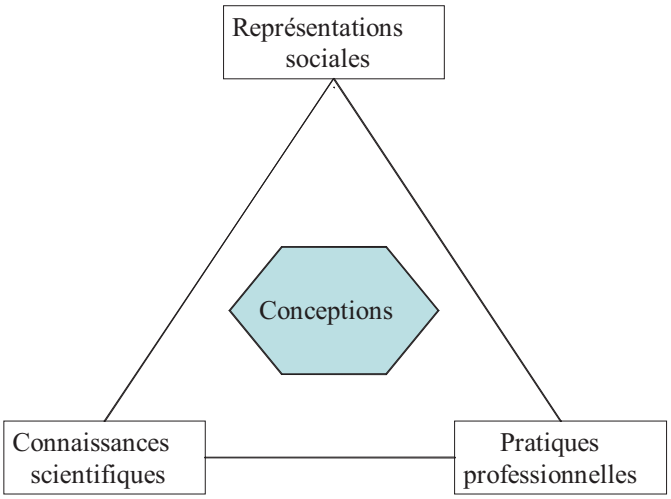


Figure 13: La conception comme le résultat de l'interaction entre les connaissances, les représentations sociales et les pratique professionnelles de références (Berger, 2011, p. 113).

Ce faisant, Berger (2011) établit qu'en éducation à la santé, les conceptions vont servir aux enseignants de prisme dans l'analyse du réel et dans la mise en œuvre de pratiques professionnelles.

3. Les représentations professionnelles et les leurs fonctions

J-F. Blin (1997) cité par Berger (2011) décrit les représentations professionnelles comme des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelle, elles sont spécifiques aux contextes professionnels auxquels les acteurs appartiennent. Elles s'élaborent, se communiquent et se partagent dans un contexte particulier en fonction des relations entre les acteurs et en fonction des rationalités qui sont à l'œuvre dans le champ professionnel. Les représentations professionnelles sont contextualisées, car celui qui s'exprime le fait à partir de son entreprise, de son travail : il s'agit davantage d'un vécu groupal qu'individuel (Grize, 1987). Comme elles sont construites et échangées par des acteurs et des groupes appartenant au même champ professionnel, elles sont sociales mais elles se distinguent des représentations sociales car il ne s'agit pas de savoir de sens commun « car les professionnels ont un rapport de connaissance, d'action et d'implication avec leurs activités professionnelles qui les différencie des autres catégories de la population » (Blin, 1997, p.83). La construction des représentations professionnelles est dépendante du statut professionnel des acteurs ce qui entraine parfois une rupture avec les représentations sociales. Le professionnel possède des représentations sociales de sa profession comme tout un chacun, y compris celui n'appartenant pas au même champ professionnel, mais pour le professionnel, les représentations sociales sont en interaction permanente avec les représentations professionnelles. Il faut simplement noter que les profanes (non professionnels) disposent de représentations sociales partielles sur la profession portant essentiellement sur *des "objets saillants"* pertinents pour eux en fonction de la signification et de l'utilité qu'ils leur attribuent. Par contre pour les professionnels : « …les représentations professionnelles toujours spécifiques à un contexte professionnel sont définies comme des ensembles de cognitions descriptives, prescriptive et évaluatives portant sur des objets significatifs et utiles à l'activité professionnelle et organisés en un champ structuré présentant une signification globale » (Blin, 1997, p.89). Elles renvoient donc à des connaissances, des savoir faire et des valeurs propres à une profession mais également à une dimension identitaire dont les référents sont partagés par une communauté. Sur le plan des pratiques, elles s'appuient sur des cognitions portant sur les objets signifiants de l'agir professionnel. Sur le plan contextuel, elles s'inscrivent dans une connaissance d'un cadre institutionnel, d'une organisation du travail et d'une continuité historique de la profession. Elles contribuent ainsi à inscrire le sujet dans une identité professionnelle structurée autour d'un *"soi professionnel"* et d'un *"idéal professionnel"* (Blin, 1997).

D'après Berger (2011), les représentations professionnelles assurent les quatre fonctions essentielles des représentations sociales mais avec des spécificités liées au contexte professionnel.

Tout d'abord, elles participent à la construction d'un savoir professionnel qui est différent du savoir scientifique ou du savoir de sens commun car élaboré dans le contexte de l'activité professionnelle (Bataill & Mias, 2002). Ce savoir professionnel permet aux acteurs de communiquer et de se comprendre pour agir et « il leur permet de résoudre des problèmes quotidiens de leur activité sans mobilisation cognitive lourde » (Blin, 1997, p.94).

Nous pouvons souligner l'importance du savoir professionnel en éducation à la santé car « cette forme de savoir [le savoir professionnel] est d'autant plus développée et mobilisée dans les activités professionnelles que les savoirs scientifiques ou techniques de référence sont flous, non maîtrisés voire ignorés » (Blin, 1997, p.94).

Ensuite, les représentations professionnelles définissent les identités professionnelles et permettent aux groupes intra et interprofessionnels de protéger leur spécificité en marquant les idéologies et les territoires et en participant aux jeux et enjeux institutionnels (Blin, 2007).

Leur troisième fonction est d'orienter les pratiques professionnelles, comme c'est le cas des représentations sociales, de manière à conformer les pratiques aux représentations.

> « Elles interviennent directement dans la définition de la finalité de la situation professionnelle, orientant le choix de démarches cognitives pour effectuer une tâche. En reflétant les normes et les règles du contexte de travail mais aussi le jeu avec ces règles, i.e. l'autonomie institutionnelle que s'autorise l'acteur, les représentations professionnelles sont prescriptives des pratiques instituées mais aussi instituantes » (Blin, 1997, p.94)

Enfin, elles permettent de justifier et de légitimer les pratiques professionnelles en instituant des routines applicables à une classe de situations tout en renforçant les appartenances groupales.

4. Les obstacles à la formation des enseignants en éducation à la santé et à la sexualité

Les concepts de représentations professionnelles et de conceptions individuelles rendent compte de la difficulté qu'on peut avoir à inscrire au cœur de la mission de l'enseignant l'éducation à la santé et à la sexualité. En effet, il n'est pas aisé en formation de prendre en

compte ou de bousculer toutes les représentations et conceptions qui constituent le prisme à travers lequel l'enseignant conçoit, entrevoit et circonscrit son métier et sa mission.

Ces représentations et conceptions, conduisent notamment les enseignants à considérer l'éducation à la santé et à la sexualité comme un objet périphérique. Cette vision des enseignants est d'autant plus renforcée que l'éducation à la santé et à la sexualité apparait comme une demande supplémentaire, alors même qu'ils s'estiment déjà soumis à une pléthore de missions (Jourdan, 2010 ; Pizon & Jourdan, 2009). Plusieurs recherches ont en outre montré que pour certains enseignants l'éducation à la santé et à la sexualité n'est pas leur rôle (Jourdan et al., 2002 ; Rochigneux & Berger., 2010). De même l'absence de ces éducations dans les programmes officiels renforce leur marginalisation, tout comme l'absence d'une base de connaissances formelles, comme c'est le cas dans les disciplines ordinaires, en fait un objet complexe. En effet, Contrairement aux disciplines ordinaires où les savoirs à transmettre sont universels et clairement définis, les contenus de ces formes scolaires non disciplinaires sont à construire.

DEUXIÈME PARTIE

CONTEXTE DE LA RECHERCHE ET ÉTAT DE LIEU DE LA RECHERCHE SUR LA SEXUALITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Chapitre 4

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU CAMEROUN

La vie sexuelle de toute personne dépend certes des ses attributions personnelles, mais aussi de son environnement socioculturel, humain et géographique. Envisager une éducation à la sexualité efficace nécessite une connaissance des facteurs environnementaux susceptibles d'avoir un impact direct sur l'atteinte des objectifs visés. Cette section est consacrée à la présentation des caractéristiques générales du Cameroun. Il permet de se familiariser avec le contexte environnemental de l'enquête qui est à prendre en compte dans l'explicitation du comportement sexuel des jeunes au Cameroun.

1. Situation géographique du Cameroun

Le Cameroun compte parmi les 48 pays constituant l'Afrique subsaharienne. Il est situé dans la région d'Afrique Centrale, au fond du Golfe de Guinée, entre les 2e et 13e degrés de latitude nord et les 9e et 16e degrés de longitude est. Le Cameroun a une superficie de 475 650 kilomètres carrés dont 466 050 km2 de superficie continentale et 9 600 km2 de superficie maritime (INS, 2006 ; INS, 2010a). Il a une forme géométrique triangulaire et partage ses frontières avec plusieurs autre pays de la sous-région dont : le Nigéria à l'ouest, le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale au sud, la République Centrafricaine à l'est, et le Tchad au nord-est. Enfin, au sommet du triangle, au nord, il est coiffé par le Lac Tchad (AHWO, 2009 ; Debel, 1988 ; INS, 2002 ; INS, 2011)

La localisation du pays lui vaut de bénéficier d'une diversité géographique qui fait que le Cameroun soit qualifié de *"Afrique en miniature*" (Biloa, 2004 ; Ngando, 2010). Cette diversité du Cameroun ne se limite pas qu'au milieu naturel. Comme nous le verrons plus bas, le pays est doté également d'une diversité humaine, sociale, culturelle et religieuse qui fait sa spécificité et sa richesse.

Globalement, le Cameroun peut se découper géographiquement en quatre zones agro-écologiques (AHWO, 2009 ; Collectif, 2009 ; INS, 2002 ; INS, 2011a) :

- La *plaine côtière* couverte par une végétation dense. Cette zone a un relief doux et une pluviométrie abondante.

- Le *plateau sud-camerounais* situé dans une zone maritime et équatoriale. Cette région se caractérise par une végétation dense, un vaste réseau hydraulique et un climat chaud et humide aux prestations abondantes.
- Les *hauts plateaux* de l'ouest dont l'altitude moyenne est supérieure à 1 100 m, forment une région riche en terres volcaniques favorables à l'agriculture. La végétation y est moins dense que dans le sud forestier et le climat frais qui y règne est favorable à l'éclosion de toutes sortes d'activités. De plus, la forte densité de peuplement par rapport à la moyenne nationale en fait une des premières zones d'émigration.
- Le *nord soudano-sahélien qui* est une région de savanes et de steppes. En dehors du plateau de l'Adamaoua où le climat est plus tempéré, le reste de cette région est caractérisé par un climat tropical chaud et sec aux précipitations de plus en plus limitées au fur et à mesure que l'on se rapproche du lac Tchad.

2. Organisation politico-administrative

Découvert par les portugais en 1472 (Ngando, 2010), le Cameroun devient une colonie Allemande en 1884. À la fin de la première guerre mondiale il est placé sous mandat[19] français et britannique (1919-1945), et puis sous tutelle[20] française et britannique après la seconde guerre mondiale (1945-1960) (Puepi & Njomgang, 2003). Le Cameroun accède à l'indépendance le 1er janvier 1960 pour la partie française et le 1er octobre 1961 pour la partie britannique. Il devient alors, suite à son indépendance un État fédéral composé d'une partie francophone et d'une partie anglophone. Le 20 mai 1972, à la suite d'un référendum, l'État fédéral du Cameroun devient un État unitaire : la République Unie du Cameroun. En 1983, La République Unie du Cameroun devient République du Cameroun (Collectif, 1953 ; 2010).

Le Cameroun a opté pour un régime présidentiel centralisé avec séparation des pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire.

Le pouvoir exécutif est exercé par un Président de la République élu au suffrage universel pour un mandat de sept ans. Le nombre de mandat présidentiel est illimité (INS, 2010a).

Le pouvoir judiciaire est exercé par la Cour Suprême, les cours d'appel, les tribunaux. Le Président de la République nomme les magistrats. Dans cette mission, il est assisté par le

[19] Sous l'égide de la Société des Nations (SdN).
[20] Sous l'égide de l'Organisation des Nations Unis (ONU).

Conseil Supérieur de la Magistrature qui donne son avis sur les propositions de nomination et sur les sanctions disciplinaires concernant les magistrats du siège

Le pouvoir législatif est exercé par le Parlement. Celui-ci comprend deux chambres : l'Assemblée Nationale qui compte 180 députés tous élus au suffrage universel direct et secret pour un mandat de cinq ans, et le Sénat qui n'est pas encore en place [7].

Toutefois, cette séparation des pouvoirs est difficilement perceptible dans la réalité, le pouvoir exécutif ayant un fort ascendant sur les deux autres dont il contrôle politiquement le fonctionnement en promouvant à leur tête des personnes qui lui sont proches et soumises (Collectif, 2010).

Sur un plan administratif, le Cameroun est découpé en 10 Régions[21], 58 Départements et 360 Arrondissements. Les dix régions sont les suivantes : au nord, l'Extrême-Nord, le Nord et l'Adamaoua ; à l'ouest, le Nord-Ouest, le Sud-Ouest, l'Ouest et le Littoral ; au sud, le Centre, l'Est et le Sud (Voir Annexe 1). Les deux régions anglophones du Cameroun sont les régions du Nord-Ouest et du Sud-ouest, les autres étant toutes francophones (AHWO, 2009 ; INS, 2010a). Chaque Région est placée sous l'autorité d'un gouverneur, le Département sous l'autorité d'un préfet et l'Arrondissement sous l'autorité d'un sous-préfet. Les trois autorités administratives sont nommées par décret présidentiel.

3. Aperçu socio-économique

L'économie du Cameroun n'a pas connu depuis l'indépendance de véritable mutation. En effet, celle-ci repose essentiellement sur le secteur primaire consacré principalement à l'exploitation des ressources de la terre. L'agriculture qui jouit des conditions climatiques favorables est l'une des plus florissantes de l'Afrique centrale, et offre au pays une autosuffisance alimentaire intéressante pour l'ensemble de la population (AHWO, 2009 ; INS, 2002 ; INS, 2010a). Toutefois, le nord-Cameroun, ne jouit pas toujours de ce privilège climatique, la région connaissant très souvent une sécheresse prolongée, des inondations et des invasions acridiennes. Ce qui explique que cette partie du Cameroun soit souvent sujette à des famines épisodiques, sans que le niveau d'alerte soit pour autant élevé (AHWO, 2009 ; INS, 2002).

[21] Les régions ont été créées par le décret présidentiel du 12/11/2008 et remplacent les provinces.

A cette agriculture florissante, socle de l'économie camerounaise (elle occupe plus de 70% de la population active), s'y ajoutent les ressources pétrolières, forestières, pastorales, halieutiques et minières, dont l'importance est considérable pour le développement industriel du Cameroun.

Le secteur secondaire, qui reste peu développé, s'arrime autour de la production de l'énergie, du BTP et des activités de transformation agro-alimentaire. En ce qui concerne la production énergétique, le Cameroun à un fort potentiel, mais son rendement demeure très faible. Les ressources hydroélectriques ne sont exploitées qu'à hauteur d'environ 5% de son potentiel, d'énormes gisements gaziers et pétroliers demeurent inexploités, alors même que la production actuelle de pétrole est en nette régression (AHWO, 2009 ; INS, 2002 ; Melingui, 2009).

Le BTP connait depuis le début des années 2000 un essor remarquable et est solidement tenu par les PME locales, même si pour la réalisation des grands projets (construction des routes, oléoducs…) les pouvoir publics font très souvent appel aux grands groupes étrangers.

En ce qui concerne la production agro-alimentaire, elle demeure également sous-exploitée, relativement aux potentialités agricoles du pays. L'industrie textile[22] tout comme l'exploitation de l'aluminium (davantage destinée à l'exportation) ont connu une augmentation progressive de leur production sans toutefois atteindre les capacités réelle du pays (Melingui, 2009).

Le secteur tertiaire s'est progressivement développé, notamment avec l'avènement des NTIC. Il repose essentiellement sur le secteur financier (banques et assurances) et les télécommunications (téléphonie et internet).

Le réseau routier du Cameroun est l'un des plus développé des pays de la sous-région. Avec à peu près 50 000 km[23] de routes [8], un réseau ferroviaire long de 1 361 Km (dont environ 80 % sont exploitables), et un réseau aérien constitué de 3 aéroports internationaux (Douala, Yaoundé et Garoua) auxquels s'ajoutent 8 aéroports secondaires, il ne répond toutefois pas encore aux besoins énormes de la population. A cet effet, le Cameroun reste relativement coupé en deux, le réseau routier de la partie septentrionale du pays étant très mal connecté à celui de la partie Sud (INS, 2010a).

[22] L'industrie textile camerounaise est fragile du fait de la concurrence des produits d'importation chinoises et nigérianes, et par la friperie (vêtements en second usage) venu d'Europe et d'Amérique.
[23] Avec près de 4331 km bitumées, 9925 km en terre et 36744 km de routes rurales.

Le secteur du tourisme, ne fait pas exception des domaines économiques potentiellement rentables mais sous-exploités au Cameroun. En effet, le tourisme est sous-développé au Cameroun, les capacités touristiques du pays[24] étant peu mises en valeur. Le pays recense ainsi moins de 500 000 visiteurs par an en moyenne, et ne constitue pas pour ainsi dire, *"une destination touristique"* au sens de l'organisation mondiale du tourisme, puisque n'atteignant pas jusqu'en 2009 le seuil de 500 000 visiteurs exigibles pour bénéficier du prestigieux label. Toutefois, ce seuil a été atteint pour la première fois en 2010, le ministère du tourisme ayant dénombré 572 729 touristes pour l'année [9].

En somme, le Cameroun reste classé au rang de pays pauvre, malgré des richesses innombrables et diversifiées. Sa situation économique pourrait s'améliorer considérablement, moyennant une exploitation efficiente des richesses naturelles qu'offre le pays. Toutefois, malgré cette sous-exploitation de ses potentialités, le Cameroun constitue un pilier important dans l'économie de la sous-région CEMAC[25]. En effet, en 2008, son PIB était estimé à 10 434 milliards de francs CFA soit 30,82% de celui de la sous-région (33 855,70 milliards de francs CFA) (CNLS, 2010 ; MINSANTE, 2009)

4. Milieu humain et démographie

Le Cameroun compte 240 ethnies [10], réparties en trois grands groupes ethniques (Bantous, Semi-Bantous, Soudanais) et correspondant à 240 langues nationales. Le groupe ethnique des Soudanais intègre également les groupes des Hamites et des sémites. Les grands groupes ethniques sont composés des ethnies les plus représentatives suivantes :

- **Bantous** : Béti, Bassa, Bakundu, Maka, Douala, Pygmées …
- **Semi-Bantous** : Bamiléké, Gbaya, Bamoun, Tikar,…
- **Soudanais** : Foulbé, Mafa, Toupouri, Arabes-Choas, Moundang, Massa, Mousgoum..

Les Soudanais (Hamites et Sémites inclus) vivent dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. Ils sont généralement islamisés ou animistes.

[24] On peut citer notamment les grandes réserves de chasse de l'Adamaoua et de la Bénoué, le parc de Waza à l'Extrême Nord, la réserve naturelle de Djoum au Sud (classée au Patrimoine Mondial), les chefferies traditionnelles de l'Ouest

[25] Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale (Etats membres : Gabon, Cameroun, Congo, Guinée Equatoriale, Tchad, RCA)

Les Bantous, Semi Bantous et apparentés, et les Pygmées dans le reste du pays ; ils sont généralement animistes ou christianisés.

Selon les résultats du RGPH 3 (INS, 2010b), la densité moyenne de peuplement au Cameroun est d'environ 41,6 habitants/km². Cette population est inégalement répartie sur le territoire national, la proportion d'urbains étant de 52% contre 48% de ruraux. On note que la population du Cameroun est jeune : le RGPH 3, établit en effet que les personnes âgées de 0-14 ans représentent 43,6 % de la population totale (voir annexe 2). Ce pourcentage s'élève à 54,8% pour les personnes âgées de 0-19 ans et à 64,2% si l'on considère la tranche des personnes âgées de 0-24 ans. Les femmes représentent environ 51% de la population du Cameroun établie en 2010 à 19 406 100 habitants sur la base du RGPH 3.

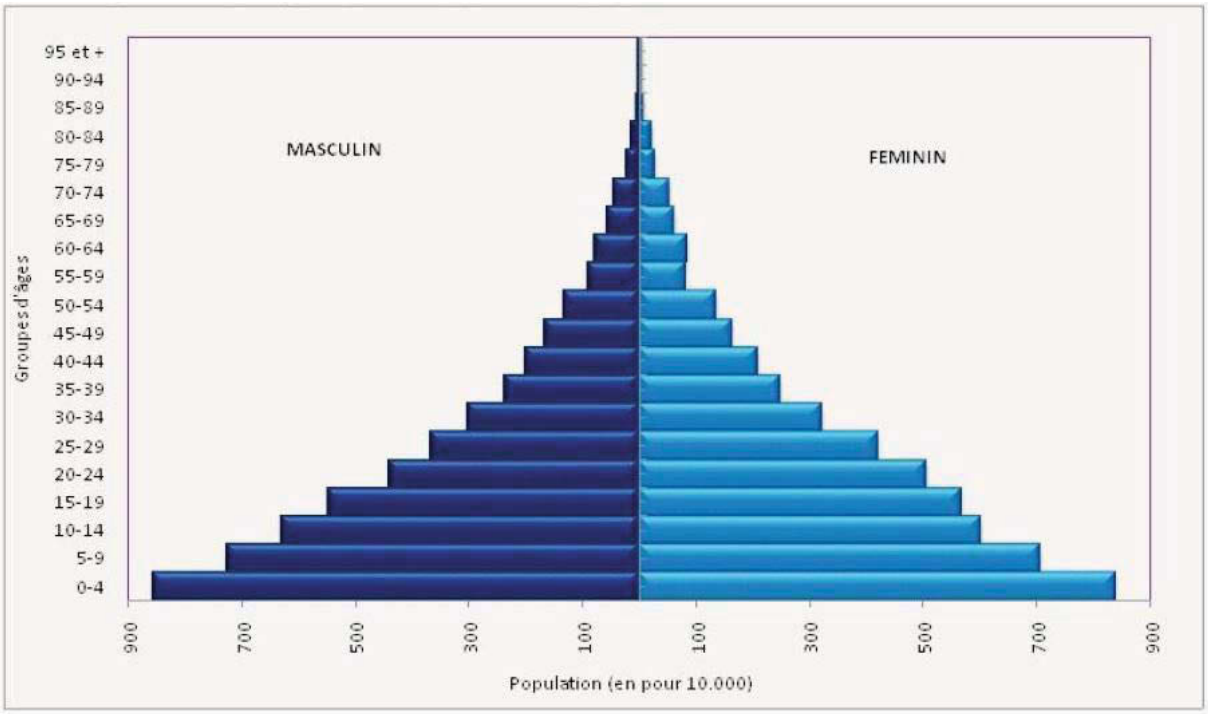
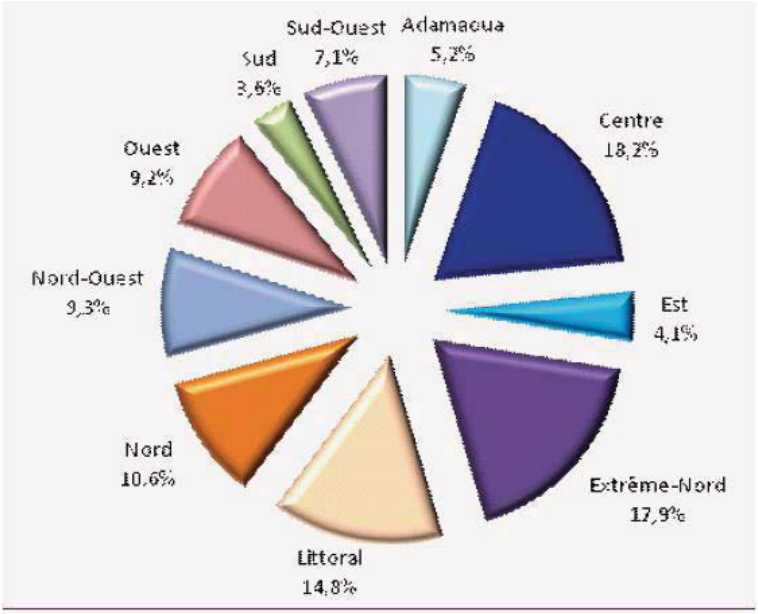


Figure 14 : Pyramide par groupes d'âges de la population du Cameroun en 2010 (INS, 2010c)

La population du Cameroun est inégalement répartie entre les différentes régions qui la constituent. Cette occupation inégale des régions du pays s'explique notamment par leur poids dans l'économie du pays et la présence ou non de grandes métropoles. En effet il existe un exode constant des populations en majorité jeunes, des régions offrant le moins de potentialité économique et donc peu d'emplois, vers les régions à fort potentiel économique (INS, 2010b). La figure 15 représente le poids démographiques des régions en 2010 au Cameroun.



En termes d'occupation de l'espace, les densités les plus fortes sont observées dans les régions du Littoral (141,5 habitants au km²), de l'Ouest (128,5 habitants au km²), du Nord-Ouest (104,3 habitants au km²) et de l'Extrême-Nord (101,6 habitants au km²). Par contre, les régions de faibles densités sont celles de l'Est (7,4 habitants au km²), du Sud (14,7 habitants au km²) et de l'Adamaoua (15,9 habitants au km²).

Figure 15 : Poids démographique des régions (%) en 2010 (INS, 2010c)

La population du Cameroun augmente rapidement, le taux d'accroissement annuel moyen estimé à 1,9 % en 1950 ayant été évalué à 2,8 % pour la période de 1987 à 2005, et à 2,6% entre 2005-2010. Cette évolution traduit une faible baisse de la mortalité générale et un taux de fécondité qui est resté relativement constant tout en demeurant élevé durant les trente dernières années (INS, 2010b).

Les principaux indicateurs démographiques tels qu'ils ont été estimés par des sources officielles sont présentés dans le tableau 4 ci-contre :

	RGPH 3[26] 2010	EDSC-II[27] 2011	OMS[28]
Population totale	19 406 100		
Taux brut de natalité (p.1 000)		38,1	
Indice Synthétique de Fécondité (15-49 ans)		5,1	
Taux brut de mortalité (p.1 000) h/f			11,83[29]
Taux de mortalité infantile (p.1 000)		62	
Espérance de vie (e_o, en années)			51

Tableau 4 : les principaux indicateurs démographique du Cameroun

[26] Recensement General de la Population et de l'Habitat du Cameroun (INS, 2010b).
[27] Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples EDS-MICS 2011 (INS, 2011)
[28] http://www.who.int/countries/cmr/fr/ . Consulté le 17/01/2012
[29] http://fr.worldstat.info/Africa/Cameroon/Vital_statistics . Consulté le 17/01/2012

En ce qui concerne la fécondité, les données de l'EDS-MICS 2011 (INS, 2011) révèlent que les adolescents ont une fécondité précoce au Cameroun. Cette précocité de la fécondité des adolescents est plus marquée en milieu rural qu'en milieu urbain. En effet, si dans l'ensemble, les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 12 % dans la fécondité totale, ce taux varie de 14 % en milieu rural à 11 % en milieu urbain. Le tableau 5 ci-dessous présente les données générales sur la fécondité actuelle au Cameroun.

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années précédant l'enquête, par milieu de résidence, Cameroun 2011			
	Milieu de résidence		
Groupe d'âges	**Urbain**	**Rural**	**Ensemble**
15-19	89	175	127
20-24	188	296	232
25-29	206	302	250
30-34	164	254	207
35-39	101	157	129
40-44	37	75	57
45-49	11	20	16
ISF (15-49)	4,0	6,4	5,1
TGFG	141	223	178
TBN	34,6	41,3	38,1

Note: Les taux sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.
ISF: Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme.
TGFG: Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans.
TBN: Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus.

Tableau 5 : Données générales sur la fécondité actuelle au Cameroun (INS, 2011)

Il est intéressant de noter le rapport à la fécondité des femmes suivant le nombre d'enfants. Le rapport de l'EDS-MICS 2011 montre notamment que le désir d'enfants ou d'enfants supplémentaires augmente suivant que la femme ait peu d'enfants ou alors n'ait pas du tout d'enfants. Par contre, la proportion de femmes qui veulent espacer les naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant) est importante presque partout, sauf chez les femmes sans enfants (19 %) et celles ayant six enfants ou plus (14 %). La synthèse générale sur ce rapport à la fécondité des femmes au Cameroun est présentée ci-dessous (INS, 2011).

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, Cameroun 2011								
	Nombre d'enfants vivants[1]							
Désir d'enfant(s)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6+**	**Ensemble**
Veut un autre bientôt[2]	61,7	39,1	32,4	27,0	19,2	12,3	8,5	27,0
Veut un autre plus tard[3]	**18,6**	**46,7**	**50,2**	43,3	35,5	25,9	14,1	35,0
Veut un autre, NSP quand	10,8	7,1	5,6	3,2	3,0	2,3	1,0	4,4
Indécise	0,8	1,6	1,6	4,1	5,6	4,5	4,6	3,3
Ne veut plus d'enfant	0,8	2,7	8,5	19,8	32,4	49,3	64,9	26,2
Stérilisé(e)[4]	0,1	0,1	0,2	0,5	1,1	1,0	0,9	0,5
S'est déclarée stérile	6,9	2,2	1,6	2,0	2,7	4,1	5,0	3,2
Manquant	0,2	0,4	0,0	0,2	0,6	0,7	1,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	822	1 620	1 756	1 512	1 300	1 053	1 730	9 792

1 Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle
2 Veut une autre naissance dans les deux ans
3 Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus
4 Y compris la stérilisation féminine et masculine

Tableau 6 : Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants (INS, 2011)

5. L'état de santé de la population au Cameroun

La crise économique que connait le Cameroun depuis le milieu des années 80, ponctuée par la dévaluation du Franc CFA[30] (monnaie sous-régionale) au début des années 1990 a eu un effet négatif significatif sur l'état de santé des camerounais (MINSANTE, 2010). En effet, cette situation économique désastreuse a précipité une bonne fraction de la population dans une situation de précarité se traduisant par des conditions de vie difficiles. L'impact sur l'état de santé de la population n'a pas tardé à ce faire ressentir, puisque cet état de santé de la population n'a cessé de se dégrader. Ainsi, d'après les données de l'OMS l'espérance de vie a reculé de 4 ans en 20 ans passant de 55 ans en 1990 à 51 ans en 2010. La mortalité infantile a augmenté de près de 15% sur la même période, passant de 70 000 décès approximatifs par an en 1990 à près 100 000 décès par an en 2007 (MINSANTE, 2010). Le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances est passé de 454 décès en 1991 à 669 décès en 2004 (INS, 2005). En 2011, seuls 53% des enfants de 12-23 mois ont eu une couverture vaccinale[31] complète et 5% n'ont reçu aucune vaccination (INS, 2011). Ce score n'est pas favorable à l'atteinte de l'objectif 4 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMS, 2005) qui

[30] 1 euro = 655, 96 Francs CFA
[31] Les vaccins concernés sont les suivants : BCG, Polio, DTCoq, Rougeole, Fièvre jaune et Hépatite B

vise à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

La prévalence du VIH est évaluée au Cameroun à 5,3%[32] en 2009 et demeure la plus élevée en Afrique occidentale et centrale. L'OMS évalue à 34% (resp. 27%) le pourcentage des hommes (resp. femmes) de 15-24 ans, ayant une connaissance générale et correcte du VIH/sida. En outre moins de 40%[33] des patients éligibles pour recevoir un traitement ont accès à de médicaments antirétroviraux (ONUSIDA, 2010).

Le paludisme est la principale cause de morbidité au Cameroun (41%), suivi de la tuberculose (192 cas /100 000 ha), du VIH et sida (5,5%), et de l'hépatite B (10%) et C (13%) (OMS, 2009). Les principales causes de mortalité au Cameroun sont respectivement le VIH/sida (taux de mortalité évalué à 210 pour 100 000 habitants), le paludisme (taux de mortalité évalué à 116 pour 100 000 habitants) et la tuberculose (taux de mortalité évalué à 16 pour 100 000 chez les personnes séronégatives pour le VIH) (MINSANTE, 2009).

Les difficultés d'accès des populations aux services et à la qualité des soins de santé constituent un problème majeur de santé au Cameroun : en 2009, le pays compte 15 lits pour 10 000 habitants et 2 médecins pour 10 000 habitants (OMS, 2010). Le financement de soins est diversifié. Il est assuré par le budget de l'Etat, l'aide extérieure, les entreprises et les sociétés privées, et par les ménages par paiement direct. En effet, Il n'existe pas à proprement parler de sécurité sociale au Cameroun de part l'absence d'un régime universel de protection sociale (MINSANTE, 2006), à l'exception de quelques sociétés qui prennent en charge les frais de santé de leurs employés en les affiliant à des assurances maladies privées dont la durée est liée à celle du contrat de travail. Une grande partie de la population n'a pas ainsi accès au système de soins par manque de moyens financiers, la gratuité des soins n'existant pas au Cameroun.

Outre tous ces indicateurs[34] qui ne sont pas forcement de bon augure pour la santé de la population, le système de santé du Cameroun n'a pas un profil permettant d'apporter des réponses propices à la forte demande en santé des populations. En effet le système de santé du

[32] Le taux de prévalence du VIH est de 5,1% chez les adultes de 15-49 ans au Cameroun (source : OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2010, p. 32).
[33] L'OMS évalue à 25% la couverture par le traitement antirétroviral chez les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH au Cameroun (source : OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2010, p. 32).
[34] Même si ces indicateurs sont non élogieux pour le Cameroun, ils restent toutefois dans la moyenne de ceux des pays de la sous-région Afrique Centrale et même de l'Afrique subsaharienne en général.

Cameroun souffre d'une insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines[35], des insuffisances techniques et managériales, des insuffisances en informations permettant de maîtriser les phénomènes épidémiologiques et d'améliorer la gestion des services de santé, et d'une insuffisance de financement, autant qu'une faiblesse d'absorption des financements rendus disponibles [11].

Face à tous ces défis à relever pour assurer la santé de la population au Cameroun, l'Etat, en collaboration avec ses partenaires extérieurs dont l'aide atteint les 20% du financement du secteur de la santé, est obligé d'adopter des axes stratégiques d'action à la base de sa politique de santé. Parmi ces axes stratégiques d'action, figure en bonne place la lutte contre la maladie (notamment le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose), et la promotion de la santé [11].

6. L'éducation au Cameroun

Le système éducatif du Cameroun est régi par *la loi n° 98/004 du 14 avril 1998 d'orientation de l'éducation au Cameroun [12].* Cette loi fixe le cadre juridique général de l'éducation au Cameroun, et s'applique aux enseignements maternel, primaire, secondaire général et technique, ainsi qu'à l'enseignement normal. En son article 4, la loi d'orientation de l'éducation au Cameroun stipule que « l'éducation a pour mission générale la formation de l'enfant en vue de son épanouissement intellectuel, physique, civique et moral et de son insertion harmonieuse dans la société, en prenant en compte les facteurs économiques, socio-culturels, politiques et moraux » (Mineduc, 1998). L'article 5 de la dite loi définie les objectifs de l'éducation au Cameroun. Elle a entre autres, pour objectif « la promotion de l'hygiène et de l'éducation à la santé ». L'enseignement primaire est obligatoire pour tous et « l'Etat garantit à tous l'égalité de chances d'accès à l'éducation sans discrimination de sexe, d'opinions politique, philosophique et religieuse, d'origine sociale, culturelle, linguistique ou géographique ». L'article 10 de cette loi de l'orientation de l'éducation au Cameroun pose les bases de la laïcité dans les écoles publique du Cameroun. Il stipule clairement que « l'école publique est laïque. Sa neutralité et son indépendance vis-à-vis de toutes les religions sont garanties ». L'existence de cette loi n'empêche toutefois pas le port des signes religieux par

[35] L'unique faculté publique de médecine du Cameroun habilitée à former des médecins généralistes, produit à peine 70 médecins par an. Ces derniers qui sont directement affectés au système public de santé, sont peu nombreux pour répondre au besoin des populations. Ce d'autant plus qu'un bon nombre de ces médecins qui n'ont pas un salaire élogieux, finissent pas suivre la voie de l'immigration pour exercer hors des frontières du Cameroun.

les élèves, l'appartenance à une religion étant généralement bien vue et acceptée dans la sphère publique.

Officiellement l'école primaire est gratuite au Cameroun conformément à une annonce du président de la république en date du 10 février 2000 (Unesco, 2010 ; Fozing, 2009). La gratuité laisse entendre qu'aucune contribution financière n'est exigée à l'élève pour son inscription à l'école primaire, ou alors que n'est exigée qu'une contribution financière symbolique. Dans les faits, cela n'est pas vrai. En effet par un système de frais supposé défini par l'Association des Parents d'Élèves (APE) et fixé librement par chaque établissement, la gratuité de l'école primaire est loin d'être effective au Cameroun, les parents devant débourser encore des sommes élevés relativement au revenu familial pour la scolarité de leurs enfants (Fozing, 2009).

6.1 L'organisation du système éducatif camerounais

Au Cameroun, le système éducatif se repartit en deux sous-systèmes : le sous-système anglophone et le sous-système francophone. L'enseignement est assuré dans chaque sous-système par des établissements publics[36] ou par des établissements privés laïcs et confessionnels (catholique, protestant, et islamique) qui accueillent 29,2% des élèves. Chaque sous-système éducatif a son organisation propre même s'il arrive qu'ils coexistent dans un même établissement. Toutefois ils comprennent chacun cinq niveaux d'enseignement (Unesco, 2010) :

- **l'enseignement préscolaire/maternelle** : d'une durée de deux ans en enseignement public et de trois ans en enseignement privé, l'âge d'admission est de quatre ans pour le public et de trois ans pour le privé. Ce niveau d'enseignement n'est pas obligatoire et vise la socialisation de l'enfant et sa préparation à l'entrée à l'école primaire. Environ 22% d'enfants de 36-59 mois bénéficient du programme d'enseignement préscolaire/maternelle. Ils sont notamment plus nombreux en milieux urbain (37%) qu'en milieu rural (10%) à suivre ce programme scolaire (INS, 2006).
- **l'enseignement primaire** qui a une durée de six ans. L'âge légal d'admission est de six ans, que l'enfant ait fait ou non l'école maternelle. Mais il existe une forte dérogation à cette exigence, aussi bien dans l'enseignement public que dans

[36] Les établissements publics encadrent environ 70,8% de l'effectif total des élèves du Cameroun (INS, 2010b)

l'enseignement privé. Ce qui explique qu'on enregistre souvent une différance d'âge pouvant aller au delà de trois ans entre les élèves d'une même classe. En 2006, environ 44% d'enfants ayant atteint l'âge légal d'entrée en première année de l'école primaire sont effectivement inscrits (INS, 2006). Même si ce taux peut atteindre 70% dans certaine région (Centre, Sud-Ouest), il reste globalement faible.

- **l'enseignement post-primaire** : il est dédié à une catégorie d'élèves sortant du primaire. D'une durée de deux ans, il permet à l'élève en fin de formation d'intégrer l'enseignement secondaire technique ou de rentrer directement dans la vie active.
- **l'enseignement secondaire :** l'enseignement secondaire est assuré par des établissements (collèges et lycées) proposant des enseignements général ou technique et professionnel. Il dure généralement sept ans, dont quatre ans pour le premier cycle et trois ans pour le second cycle dans le sous-système francophone, contre cinq ans pour le premier cycle et deux ans pour le second cycle dans le sous-système anglophone.
- **l'enseignement normal** : d'une durée de deux à trois ans, elle assure la formation des enseignants de la maternelle, du primaire, du secondaire technique et post primaire.

Le graphique ci-dessous donne une vision synoptique de l'organisation du sous-système éducatif francophone camerounais.

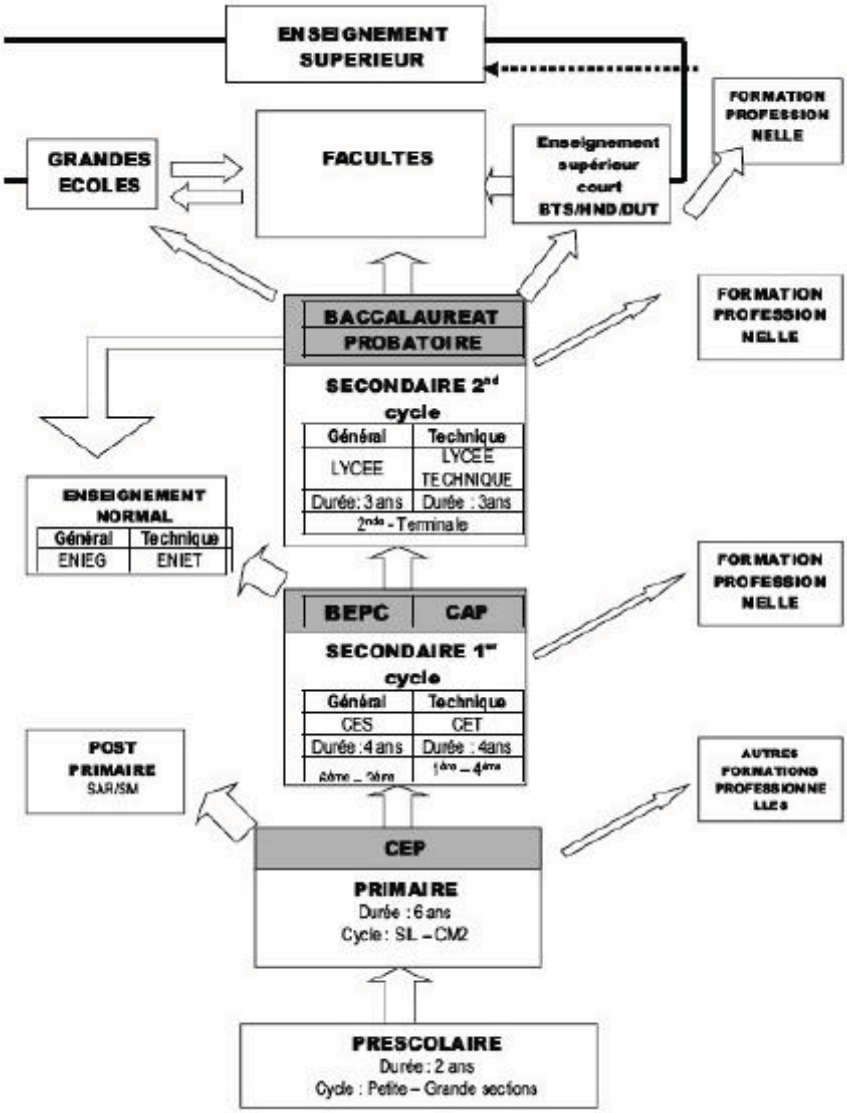


Figure 16 : Structure du sous-système éducatif francophone camerounais.

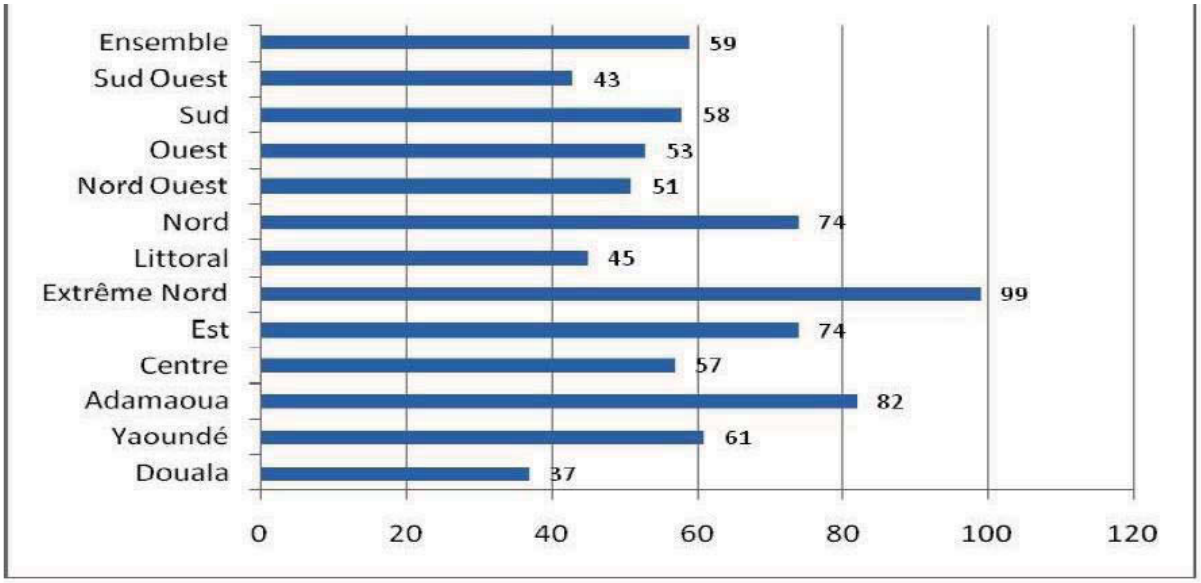
(Source : Unesco (2010). Données mondiales de l'éducation, 7e édition 2010/2011. Volet Cameroun)

6.2 Les infrastructures de base

Le système scolaire camerounais a du mal à répondre à la demande effective en formation (INS, 2010b). Par exemple, en ce qui concerne l'enseignement primaire, pour 60 élèves[37], le système n'offre que 50 places assisses. Ce ratio peut aller jusqu'à 100 élèves pour 50 places assisses, notamment dans l'Extrême-Nord du pays comme on peut le constater sur la figure 16. Cette difficulté d'offrir suffisamment de classes pour répondre à la croissance constante du nombre d'élèves, entraine des effectifs pléthoriques dans les salles de classe, notamment dans les établissements publics. Comparativement au système éducatif français qui affiche en 2010/2011 en enseignement public un nombre moyen de 25,7 élèves par classe dans les écoles

[37] La norme nationale est de 60 élèves par classe.

maternelles et 22,7 élèves par classe dans les écoles élémentaires [13], la gestion de tels effectifs constitue un véritable problème pour les enseignants, qui doivent fournir des efforts substantiels pour la gestion de la classe, ceci au détriment de la progression des enseignements et des apprentissages scolaires.



Source : PETS Cameroun, 2010

Figure 17 : Nombre moyen d'élèves pour 50 places assises au primaire (INS, 2010b)

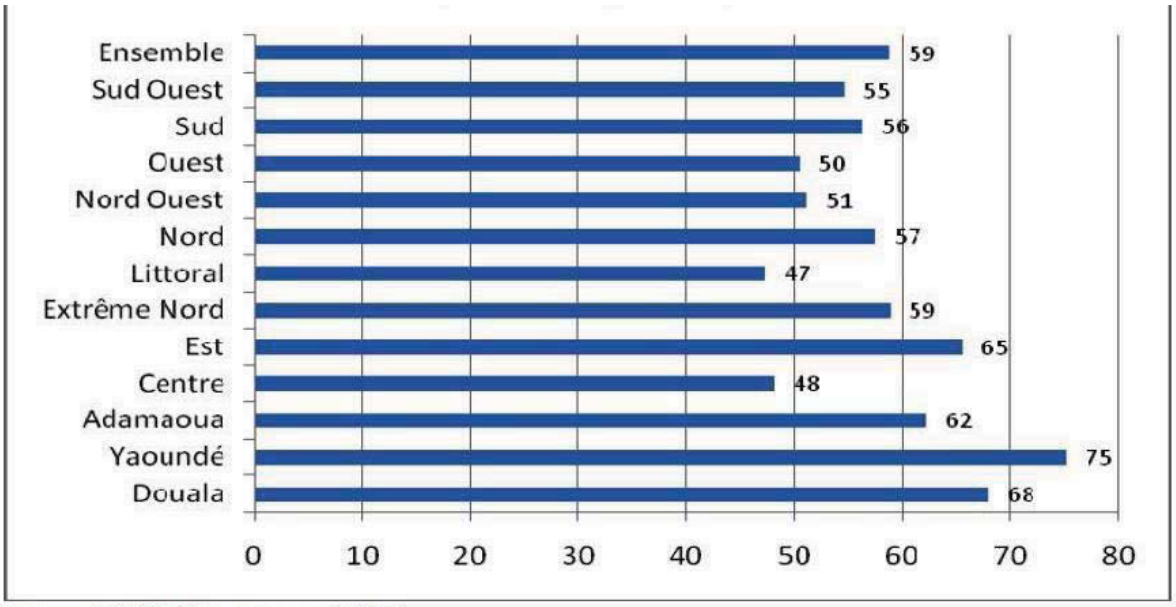
Chaque école primaire compte en moyenne 9 enseignants, mais il existe une grosse disparité entre les écoles situées en zone rurale qui présentent une moyenne de 5 enseignants par écoles, et les écoles situées en zone urbaine qui ont une moyenne de 11 enseignants par école. Globalement, cet effectif moyen d'enseignants est jugé insuffisant par 66% des responsables d'écoles (INS, 2010b). Le pourcentage de responsables portant ce jugement est plus élevé dans les écoles d'enseignements publics (73,3%) que dans les écoles d'enseignement privés (46,1%). De même il varie suivant que l'école soit en zone rurale (84,4%) ou en zone urbaine (51%) (INS, 2010b). Cette inégale répartition des enseignants dans le primaire est un phénomène ancien, puisque en 2003, une évaluation de l'état d'affectation des enseignants dans les écoles primaires du Cameroun abouti au même résultat. Le tableau 7 ci-dessous présente l'état de la situation en 2003 (Mineduc, 2003).

Provinces	Nombre d'enseignants [École de 280 élèves]
Adamaoua	4,05
Centre	6,03
Extrême-Nord	6,27
Est	4,81
Littoral	6,27
Nord	4,02
North West	5,25
Ouest	5,50
Sud	7,02
South West	5,69
Ensemble	**5,52**

Tableau 7 : Nombre moyen d'enseignants pour une école primaire de 280 élèves (moyenne nationale), selon la province en 2002/2003 (Mineduc, 2003)

S'agissant de l'enseignement secondaire, le système propose en moyenne autant de places assises qu'il y a d'élèves (Mineduc, 2003). Une analyse par région montre cependant une grosse disparité. En effet, tandis que certaines régions (littoral, Centre, Ouest, Nord-Ouest) ont un nombre moyen de moins de 52 élèves pour 60 places assises, d'autres (Est, Adamaoua) cumulent à plus de 62 élèves pour 60 places assises (INS, 2010b). En outre, si on ne considère que les établissements secondaires publics, ce ratio explose atteignant facilement les 120 élèves pour 60 places assises dans certaines classes. Nous avons pu nous rendre compte de cette réalité lors de notre enquête auprès des élèves, puisque dans certains établissements, nous avons enquêté dans des classes de plus de 120 élèves. Ces chiffres sont tout simplement explosifs comparativement à ceux du système français qui affiche en 2010/2011 en enseignement public, un nombre moyen de 24,5 élèves par classe dans le premier cycle du secondaire, 19,1 élèves par classe dans le second cycle professionnel et 28,5 élèves par classe dans le second cycle général et technologique [13]. Ils posent la question évidente de l'encadrement pédagogique des élèves, car il est indéniable que gérer de tels effectifs ne relève pas de l'évidence. Dans l'optique d'une éducation à la sexualité dont les pratiques pédagogiques sont essentiellement axées sur les méthodes interactives et actives, on se retrouve face à un réel problème, compte tenu du sous-effectif du personnel enseignant.

Le graphique ci-dessous donne un aperçu du nombre moyen d'élèves par classe suivant les régions. Il met en exergue les inégalités existant d'une région à l'autre.



Source : PETS Cameroun, 2010

Figure 18 : Nombre moyen d'élèves pour 60 places assises au secondaire (INS, 2010b)

Le personnel enseignant de l'enseignement secondaire est composé d'enseignants permanents (68%) et d'enseignants temporaires (321%). On compte également moins d'enseignants en zone rurale (30%) qu'en zone urbaine (70%).

Globalement, au Cameroun qu'ils soient du primaire ou du secondaire, les enseignants sont inégalement repartis sur le territoire. Les régions rurales sont celles qui souffrent prioritairement du problème de disponibilité d'enseignants. Ceux-ci préfèrent exercer en milieu urbain qui leur offre des possibilités d'engager des activités parallèles[38] pour financièrement arrondir leur fin de mois (INS, 2010b).

6.3 La scolarisation au Cameroun

Au Cameroun, le nombre d'enfant accédant à l'école primaire est élevé par rapport à la moyenne de la sous-région d'Afrique subsaharienne. Le taux brut de scolarisation au primaire s'établit entre 2002 et 2008 à plus de 100% (INS, 2009). Si les filles sont autant inscrites en préscolaire que les garçons, on note cependant dans l'enseignement primaire un décalage, les filles ne représentant plus que 45,9% de l'ensemble des élèves du sous-système francophone (INS, 2009).

[38] Par exemple, beaucoup d'enseignants du public interviennent en dehors de leurs heures de service dans les établissements privés, ou organisent des cours de soutien à but lucratif, ou encore tiennent des commerces.

Scolarisation	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08
Taux brut de scolarisation au préscolaire	13,8	16,6	…	…	17,4	…
Garçon		16,9			17,1	
Fille		16,3			17,7	
Taux brut de scolarisation au primaire	105,4	100,1	…	…	101,8	104,5
Garçon		108,1			106,9	
Fille		92,1			96,4	
Taux net de scolarisation au primaire	…	78,2	…	…	78,2	…
Garçon	…	80,8	…	…	80,8	…
Fille	…	75,4	…	…	75,4	…
Effectifs des élèves au préscolaire et au primaire						
Préscolaire	138 716	175 970	184 770	193 824	217 284	263 855
Public	52 570	62 773	65 912	69 142	81 931	99 874
Privé	86 146	113 197	118 858	124 682	135 353	163 981
Primaire	2 798 523	2 906 732	2 950 333	2 987 802	3 120 357	3 201 477
Public	2 142 086	2 222 051	2 255 382	2 284 025	2 430 020	2 509 249
Privé	656 437	684 681	694 951	703 777	690 337	692 228

Sources : MINEDUB, INS/Annuaires statistiques du Cameroun 2004, 2006, 2007 et 2008

Tableau 8 : les différents taux de scolarisation entre 2002 et 2008 au Cameroun (INS, 2009)

Entre 2007 et 2009, l'Unicef estime le taux net de scolarisation à l'école primaire au Cameroun à 92% [14]. Ce taux net de scolarisation est bien plus élevé que celui estimé sur la période de 2006/2007 à 78,2% et traduit un accroissement constant du nombre d'enfants accédant à l'école primaire au Cameroun (INS, 2009).

S'agissant de l'enseignement secondaire, le taux de fréquentation scolaire des élèves reste bas autant chez les filles que chez les garçons. Toutefois, il est en évolution constante, étant passé de 32,8% en 2004 à 44,5 en 2007. Une fois de plus, les filles sont moins représentées que les garçons : d'une différence d'environ 2,8 points en 2004, on atteint une différence de 3,7 points en 2007, soit un accroissement de la différence du taux de fréquentation scolaire d'environ 1 point à l'avantage des garçons (INS, 2010b).

Milieu de résidence	2004			2006			2007		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Ydé/Dla	56,3	58,8	57,6	68,2	66,6	67,3	68,0	71,9	70,1
Autres villes	46,5	40,7	43,6	48,6	48,1	48,3	55,9	54,6	55,2
Urbain	49,8	46,8	48,3	55,1	54,8	54,9	61,4	62,9	62,2
Rural	17,4	13,8	15,7	20,9	16,5	18,8	38,7	31,2	35,1
Ensemble	**34,2**	**31,4**	**32,8**	**38,5**	**37,4**	**38,0**	**46,4**	**42,7**	**44,5**

Source : INS, EDS 3, MICS 3, ECAM 3

Tableau 9 : Taux de fréquentation scolaire des 12-18 ans par sexe dans le secondaire au Cameroun (INS, 2009)

Si le taux de scolarisation en primaire au Cameroun est élogieux, un grand effort doit être fait pour accroitre le taux de fréquentation scolaire dans le secondaire très loin de ce qu'on pourrait espérer, quand on pense qu'en France ce taux se situe au-delà de 90% [15].

Malgré le taux brut de scolarisation en primaire au Cameroun, l'analphabétisme concerne encore une proportion élevée au sein de la population de 15 ans et plus (INS, 2009). Même si le taux d'analphabétisme a reculé entre 2001 et 2007 autant chez les hommes que chez les femmes, les femmes payent encore un lourd tribut, leur taux d'analphabétisme culminant à 29,1% en 2007 contre 15,6% pour les hommes. Les femmes demeurent ainsi plus analphabètes que les hommes au Cameroun (INS, 2009).

Milieu de résidence	Taux d'analphabétisme					
	2001		2004		2007	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ydé/Dla	2,3	4,2	4,1	5,6	3,3	2,6
Autres villes	9,5	19,1	14,3	26,8	6,8	11,9
Urbain	5,4	10,9	10,1	18,6	5,8	9,1
Rural	25,0	42,8	29,0	54,0	23,0	42,6
Ensemble	**16,4**	**30,2**	**17,9**	**36,4**	**15,6**	**29,1**

Source : INS, ECAM 2, EDS 3, ECAM 3

Tableau 10 : taux d'analphabétisme par sexe au Cameroun (INS, 2009)

Comme on peut le constater dans le tableau 10 ci-dessus, l'analphabétisme a véritablement pris quartier en milieu rural où en 2007 42,7% de femmes sont réputées analphabètes, tout comme 15,6% d'hommes. C'est donc incontestablement dans ce milieu que des efforts doivent être faits, notamment en rapprochant l'école de ces populations, qui jusqu'ici sont obligées de se déplacer pour aller fréquenter en ville.

6.4 La formation des enseignants au Cameroun

La formation de l'enseignant est le socle sur lequel repose l'exercice de son métier. Bien former, l'enseignant peut alors assumer avec efficacité sa tâche, quelque soit le cadre de son intervention (enseignement disciplinaire ou enseignement non disciplinaire). Au Cameroun, les enseignants des collèges et lycées d'enseignement général sont formées à l'École Normale Supérieure (ENS) de Yaoundé et de Maroua. Les instituteurs et maîtres d'écoles sont quant à

eux formés dans les Écoles Normales d'Instituteurs de l'Enseignement Général (ENIEG) représentées dans la plupart des grandes villes de chacune des régions du Cameroun.

6.4.1. L'École Normale Supérieure (ENS)

Les Écoles Normales Supérieurs forment les enseignants des collèges et lycées dans plusieurs filières[39]. Longtemps pionnière de cette formation, l'ENS de Yaoundé[40] (Maingari, 2005) a été la première école chargée de la formation des enseignants du secondaire au Cameroun. Depuis 2008, la création de l'ENS de Maroua[41] porte à deux les structures officiellement habilitées à former les futurs enseignants des établissements secondaires publics de l'enseignement général. Depuis la rentrée scolaire 2007/2008 les ENS du Cameroun se sont arrimées au système LMD (Licence, Master, Doctorat).

L'ENS dispose de deux cycles [6] :

- Le premier cycle d'une durée de trois ans conduit à l'obtention du DIPES I. Les enseignants titulaires du DIPES I sont destinés à enseigner dans les collèges d'enseignement secondaire.
- Le second cycle d'une durée de deux ans conduit à l'obtention de trois diplômes possibles :
    - Le Diplôme de Professeur de l'Enseignement Secondaire deuxième grade (DIPES II). Les enseignants titulaires du DIPES II sont destinés à enseigner dans les lycées d'enseignement général.
    - Le Diplôme de Conseiller d'Orientation scolaire, universitaire et professionnelle (DIPCO).
    - Le Diplôme de Professeur de l'Enseignement Normal (DIPEN), pour les enseignants destinés à enseigner dans les écoles normales.

Cumulativement avec leur formation professionnelle, les futurs enseignants ont la possibilité de suivre et de valider des modules de formation complémentaires dans leur université de rattachement, afin d'obtenir à la fin de leur cycle de formation, la licence (pour le premier cycle) ou le Master (pour le second cycle) cumulativement avec leur diplôme professionnel

[39] Anglais, Biologie, Chimie, Français, Géographie, Histoire, Informatique, Langues et Cultures Camerounaises, Langues Étrangères, Lettres Classiques, Mathématiques, Philosophie, Physique, Sciences de l'Éducation

[40] Deux décrets présidentiels régissent l'ENS de Yaoundé : le Décret n° 61/186 du 30 septembre 1961 portant création de l'école et le Décret n° 88/1328 du 28 septembre 1988 portant organisation du régime des études et statut de l'École Normale Supérieure.

[41] L'ENS de Maroua est crée par le décret présidentiel du 09 août 2008.

respectif. Les étudiants du premier cycle doivent rédiger et présenter un rapport de stage à la fin de leur formation, tandis que les étudiants du second cycle doivent rédiger et soutenir devant un jury, un mémoire sur un sujet lié à leur filière [6].

L'accès au premier cycle se fait sur la base d'un concours national ouvert à toute personne âgée d'au moins 17 ans et d'au plus 28 ans, titulaire au moins du baccalauréat de l'enseignement général ou du General Certificate of Education, Advanced Level (GCE AL) en deux matières obtenues en même temps en plus de quatre matières à I'Ordinary Level pour les candidats issus du système éducatif anglophone [6].

L'accès au second cycle se fait sur la base d'un concours pour les personnes âgées d'au moins 20 ans et d'au plus 31 ans et titulaires de la licence, ou par titre pour les anciens normaliens fonctionnaires titulaires d'une licence et du diplôme de fin de premier cycle de l'ENS et ayant passé au moins trois ans d'exercice effectif sur le terrain [6].

A l'issue de leur formation, les enseignants sont affectés indifféremment dans les établissements d'enseignement secondaire sur l'étendue du territoire nationale. Ils sont tous titulaires du statut de fonctionnaire d'état. Seules les personnes titulaires de ces différents diplômes professionnels sont habilitées à enseigner dans les établissements publics (Maingari, 2005). Mais dans la pratique, plusieurs établissements font recours à des enseignants contractuels pour pallier au manque d'enseignants dans certaines régions du Cameroun.

6.4.2. Les Écoles Normales d'Instituteurs de l'Enseignement Général (ENIEG)

Les ENIEG sont des écoles chargées de la formation des enseignants du primaire au Cameroun. On les retrouve quasiment dans chaque région du pays. Ces écoles sont placées sous la tutelle du Ministère de l'Éducation de Base (MINEDUB). Comme pour les ENS l'accès dans les ENIEG se fait sur la base d'un concours national de recrutement des élèves-Maîtres. Le concours est ouvert à trois catégories de candidats relativement au niveau de diplôme requis. Les titulaires du baccalauréat de l'enseignement général, les titulaires du probatoire de l'enseignement général (niveau de la classe de première) et des titulaires du brevet d'études du premier cycle. Selon le niveau d'entrée, la durée de formation varie d'un an pour les bacheliers à trois ans pour les titulaires du brevet, soit deux ans pour les titulaires du probatoire (Tchameni Ngamo, 2008).

Contrairement à l'ENS où les professeurs des lycées et collèges sont automatiques intégrés, l'intégration des élèves-maitres n'est pas systématique, et lorsqu'ils sont intégrés, plusieurs le sont à titre de contractuels de la fonction publique. Toutefois, pour enseigner dans une école primaire au Cameroun, l'instituteur doit avoir suivi cette formation dans l'ENIEG de son choix et il doit avoir réussi à l'examen final du Certificat d'Aptitude Pédagogique d'Instituteurs de l'Enseignement Maternel et Primaire (CAPIEMP).

Chapitre 5

L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ AU CAMEROUN

Le thème de l'éducation à la sexualité dans les pays d'Afrique subsaharienne et notamment au Cameroun n'est pas nouveau, dans la mesure où l'éducation à la sexualité était une composante essentielle de l'éducation des jeunes dans l'Afrique traditionnelle (Ombolo, 1991 ; Pradervand, 1973 ; savane, 1974). Certes la conception et les visées de cette éducation sexuelle traditionnelle n'étaient pas celles prônées aujourd'hui dans les programmes d'éducation à la sexualité. Mais son efficacité ne peut pour autant pas être remise en question. L'éducation à la sexualité des jeunes en Afrique subsaharienne est donc une problématique ancienne qui c'est traduite dès 1973, du 16 au 25 avril à Bamako au Mali, par la tenue du premier séminaire interafricain sur l'éducation sexuelle en Afrique subsaharienne réunissant 11 pays[42] de la sous-région (CERDI, 1973). Les enjeux n'étaient pas alors ceux d'aujourd'hui, puisque la menace du VIH/sida n'était pas omniprésente comme c'est le cas aujourd'hui, bien que les IST soient déjà une préoccupation de l'époque. Les enjeux actuels de l'éducation à la sexualité liés notamment au VIH/sida, obligent à s'interroger près de quarante ans après le séminaire de Bamako, sur l'orientation à donner à l'éducation à la sexualité en Afrique. Cette nécessité s'impose d'autant plus que les mœurs et les pratiques sexuelles ont considérablement évolués depuis et les sources d'information se sont multipliées et diversifiées (Meekers, 1994 ; Savane, 1974). Essayer de comprendre les enjeux de cette éducation à la sexualité dans un pays comme le Cameroun est l'objet de cette section de notre recherche.

1. La sexualité, la vivre mais ne pas en parler

Au Cameroun comme dans d'autres pays africains, la sexualité est un « secret de Polichinelle ». La vivre, mais ne pas en parler. Telle semble être la consigne qui est transmise d'une génération à l'autre et que ne vient ébranler aucun savoir, aucune culture, aucune philosophie. La sexualité apparaît comme un tabou (Abega & Kouakam , 2006 ; Sidze, 2008). Un tabou qui ne se dévoile qu'à ceux qui sont autorisés par la société à le savoir, un tabou qui n'en est pas un car ne pas en parler c'est en parler sans toutefois mettre des mots sur la réalité.

[42] Les pays ayant pris part à ce séminaire sont : Cameroun, Côte-D'ivoire, Congo, Dahomey, Haute-Volta, Gabon, Guinée, Sénégal, Mali, Togo, Tchad. Avec des observateurs venus de France (notamment Philippe Lecorps et Catherine Valabrèque) et du canada.

Ce tabou de la sexualité qui n'est pas propre au Cameroun et encore moins à l'Afrique (Bozon, 1993 ; Kobelimbi, 2005), représente un enjeu majeur de l'éducation à la sexualité.

Permettre aux jeunes, en tout lieu et en toute circonstance, de mettre des mots sur des pensées et sur des réalités de la vie affective et sexuelle, tel est le défi à relever. Mais comment expliquer que la sexualité longtemps expliquée, exprimée et discutée dans les sociétés traditionnelles africaines puisse aujourd'hui être un sujet dont on ne peut parler ? Pour Samson (2009), « il y a des choses qu'on ne dit pas en public, d'autres qu'on ne fait pas. Comprenant un respect mêlé de crainte et de pudeur, le tabou appartient au fond religieux de l'humanité » (p.13). Parmi ces choses qui n'ont pas vocation à être dites en public, il y a la sexualité. Les camerounais, comme les autres africains ne parlent pas souvent des choses ayant trait à la sexualité non pas parce qu'ils n'en éprouvent pas l'envie, mais par simple pudeur liée à leurs valeurs culturelles traditionnelles (Courtois, Mullet & Malvy, 2001). D'autre part, les modalités actuelles d'expression sur la sexualité ne corroborent pas avec celles qui avaient cours dans la société traditionnelle africaine.

Basée sur des récits métaphoriques, des contes, des danses et des actes allégoriques, la sexualité était alors parlée en symbolique. Cela ce traduit clairement dans les écrits africains sur la sexualité. Lallemand (1985) le relève lorsque pour qualifier le vocabulaire utilisé notamment dans les contes africains elle écrit : « le parler d'amour n'est pas un franc-parler. Aussi ne nous étonnons pas de la grande diversité des formules proposées pour la restitution de ce parler lorsqu'il concerne des contes africains ayant trait à la sexualité » (p. 22). La symbolique facilite ainsi le dialogue sur la sexualité dans la société traditionnelle africaine, et permet de transmettre des messages à visée éducative sur la sexualité. La sexualité n'est pas alors parlée en mettant systématiquement des mots sur la réalité, cultivant ainsi le sentiment de pudeur. Suite à l'infiltration et à l'influence des sociétés traditionnelles africaines par divers courants religieux, se développe progressivement l'interdit d'ordre religieux sur la sexualité. Enfreindre cet interdit serait « un sacrilège et exposerait à une sanction lourde des hommes ou des dieux » (Samson, 2009, p.13). Désormais soumis à la pudeur liée aux valeurs culturelles traditionnelles et à la crainte liée à l'interdit religieux, tout est fait pour instaurer naturellement le tabou sexuel. Lutter contre le tabou sur la sexualité nécessite donc de mener d'une part une action éducative contre les valeurs culturelles traditionnelles qui entretienne le sentiment de pudeur, non pas pour l'éliminer dans la mesure où ce sentiment peut contribuer à l'équilibre de la personne, mais pour la mettre au service d'un dialogue franc entre les différents acteurs. D'autre part, mener une action éducative contre l'interdit religieux portant

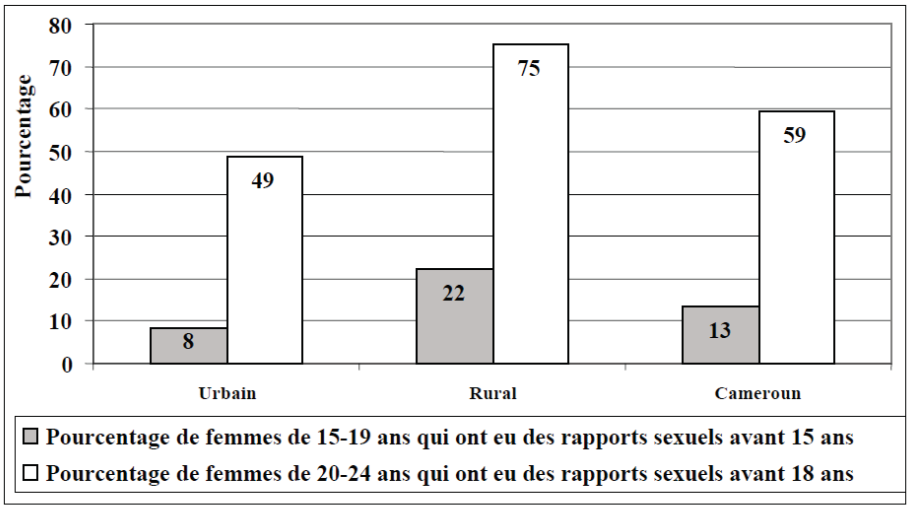
sur la sexualité, pour rétablir comme une entité à part entière la sexualité au cœur de l'existence humaine car, la décentrer de l'humain contribue à en faire un être handicapé.

2. Une précocité de la sexualité des jeunes au Cameroun

Plusieurs études sur l'activité sexuelle des jeunes au Cameroun (Calves, 1998 ; Kuate-Defo, 1998, 2000 ; Songué, 1998) montrent que les jeunes ont une sexualité de plus en plus précoce. Cette précocité de la sexualité des jeunes s'explique autant par l'envie de découverte et de satisfaction de la curiosité, par le besoin de plaire et de donner une preuve de son amour, que par des raisons d'ordre financières, matériels ou matrimoniales.

Le phénomène s'est intensifié chez les jeunes filles ces dernières décennies, favorisé par une situation économique du pays particulièrement difficiles ne donnant pas aux familles beaucoup de marge pour la prise en charge des besoins essentiels de leurs enfants. Les jeunes filles en particulier trouvent dans cette activité précoce, très souvent entretenue avec leurs aînés, un moyen de répondre à leurs besoins économiques et matériels grâce aux largesses financières de leurs partenaires (Meekers & Calvès, 1997 ; Nyanzi, Pool et al., 2001 ; Sami Tchak, 2002). Mais cette précocité sexuelle des jeunes filles est aussi un moyen pour la jeune fille d'acquérir une expérience nécessaire dans l'immédiat pour garder son amoureux, et plus tard pour garder son mari en l'empêchant d'aller voir ailleurs (Kuate-Defo, 1998, 2000). Une étude révèle qu'au Cameroun, 13% des femmes de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, avec une variation de 8% en milieu urbain à 22% en milieu rural. De même, l'intensité des rapports précoces relevée dans cette classe d'âges varie d'une ville à l'autre. Ainsi, les relations sexuelles précoces concernent jusqu'à 39% de femmes de 15-19 ans dans la région de l'Est, et 35% dans la région du Sud (INS, 2006).

Parmi les femmes âgées de 20-24 ans, près de six femmes sur dix déclarent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans. L'enquête relève en outre que la précocité des rapports sexuelles chez les jeunes femmes est liée à leur niveau d'instruction. Ainsi, 30% des jeunes femmes de 15-19 ans sans instruction sont concernées par les rapports sexuels précoces, tandis que pour les femmes de 20-24 ans sans instruction on atteint le chiffre particulièrement élevé de 83% de femmes ayant eu un rapport sexuel précoce (INS, 2006). La figure 19 ci-dessous illustre les résultats de cette enquête suivant le milieu de résidence des femmes enquêtées.



Source : Institut National de la Statistique, MICS 3, Cameroun, 2006

Figure 19 : rapports sexuels précoces selon le milieu de résidence au Cameroun (INS, 2006)

Cette même enquête donne également un aperçu de l'âge moyen du partenaire sexuel de la jeune femme dans le cadre d'un rapport sexuel précoce. Ainsi, près de trois femmes sur dix de 15-24 ans (27%) déclarent avoir eu un rapport sexuel avec un homme de 10 ans plus âgé. Une fois de plus cette proportion varie en fonction du lieu de résidence (de 23% en urbain à 33% en rural), de la région (de 17% au Centre à 48% dans l'Adamaoua), et du niveau d'instruction (42% chez les femmes de 19-24 ans sans instruction à 30% chez celles ayant le niveau du primaire, puis 19% chez les femmes ayant au moins le niveau du secondaire (INS, 2006).

Dans la majorité des rapports sexuels entre les jeunes filles et des partenaires plus âgés, la raison financière est régulièrement invoquée pour justifier l'acte, si ce n'est l'aboutissement d'un mariage forcé. Lorsque les rapports sexuels précoces ont lieu avec un partenaire sexuel du même âge, les jeunes filles invoquent plus l'envie de découverte, le besoin de plaire et de prouver son amour que la raison financière (Calves, 1998 ; Kuate-Defo, 1998, 2000 ; Songué, 1998).

Si l'activité sexuelle des jeunes femmes au Cameroun est précoce, elle est aussi fréquente. En effet, 37% des femmes de 15-24 ans affirment dans la même enquête avoir eu des rapports sexuels au moins une fois au cours des quatre semaines précédant l'enquête, avec une variation suivant le lieu de résidence (de 33% en urbain à 44% en rural), la région (de 30% à l'Ouest à 53% à l'Est), le niveau d'instruction (28% pour le niveau secondaire, 41% pour le niveau primaire et 56% pour les femmes sans instruction), et l'indice de richesse (49% pour les plus pauvres, à 29% pour les plus riches) (INS, 2006).

Cette précocité des rapports sexuels semble également encouragée par la désacralisation de l'importance de la virginité de la jeune fille, qui est bien acceptée aujourd'hui dans la société camerounaise même si elle n'est pas vierge (Diakité, 1973 ; Kuate-Defo, 2000). Même dans la région du Nord Cameroun à dominance musulmane, la virginité de la jeune fille n'est plus considérée comme une condition à son mariage. Plusieurs facteurs d'origine diverses sont ainsi à la base des relations sexuelles au sein de la population jeune au Cameroun, et pose le problème de la prise en charge par l'éducation à la sexualité du phénomène (Kuate-Defo, 2000).

3. La multiplicité des partenaires sexuels

Les motivations des rapports sexuels précoces chez les jeunes les prédisposent à la multiplicité des partenaires. En effet, compte tenu de la nature de la relation, celle-ci va plus ou moins durer. Ainsi une relation basée sur le bénéfice financier qu'on peut en tirer prédispose couramment les jeunes filles à entretenir simultanément des relations sexuelles avec plusieurs hommes, ou alors de passer d'un partenaire à un autre aussitôt que la satisfaction économique est effective ou pas (Nyanzi, Pool et al., 2001 ; Cole, 2004 ; Fouquet, 2007). Ce multipartenariat sexuel commence alors dès le lycée pour s'intensifier et atteindre des proportions importantes à l'université. Au Cameroun, les jeunes femmes de 15-24 ans déclarent avoir eu en moyenne 2,4 partenaires sexuels au cours de leur vie. Ce nombre moyen de partenaires sexuels est de 2,0 chez les jeunes femmes de 15-19 ans, et de 2,7 chez les jeunes femmes de 20-24 ans. Le nombre moyen de partenaires sexuels varie d'une région à l'autre. Ainsi, les jeunes femmes ayant déclaré avoir eu plus de partenaires sexuels sont celles de la région du Sud (5,9) et du Centre (4,5). Les jeunes filles cumulent plus de partenaires sexuels lorsqu'elles résident en milieu urbain (3,5) qu'en milieu rural (2,7). Il est important de noter que les jeunes femmes ayant un niveau d'instruction supérieur cumulent plus de partenaires sexuels en moyen (4,2) que celles n'ayant aucun niveau d'instruction (1,8), celles de niveau primaire (3,2) et celles de niveau secondaire (3,7) (INS, 2011).

Inscrit socialement dans un rôle de mâle dominant et viril, les jeunes garçons sont tout aussi portés au multipartenariat sexuel que les jeunes filles, avec pour ambition d'éprouver leur virilité en engrangeant au passage une expérience sexuelle digne d'un *"vrai homme"* (Meekers & Calvès, 1997, Ombolo, 1991). Il faut dire que le multipartenariat sexuel de l'homme est mieux toléré dans la société que celle de la femme, celui-ci étant socialement habilité à être

polygame, rôle social qui n'est pas accordé à la femme (Ombolo, 1991). Au Cameroun, les jeunes hommes de 15-24 ans déclarent avoir eu en moyenne 6,3 partenaires sexuels au cours de leur vie. Les jeunes hommes de 15-19 ans cumule en moyenne 3,9 partenaires sexuels tandis que ceux de 20-24 affiche la moyenne importante de 7,8 partenaires sexuel au cours de leur vie. Tout comme chez les filles, le nombre de partenaires sexuels dépend du lieu de résidence (13,2 en milieu urbain et 10,7 en milieu rural), de la région (5,0 au Nord à 20,9 au Sud), du niveau d'instruction (aucun : 4,9 ; primaire : 11,3 ; secondaire : 13,4, supérieur : 14,2) (INS, 2011).

Le multipartenariat s'impose ainsi comme une pratique courante au sein des jeunes camerounais, un comportement qui expose davantage aux risques sexuels, et que favorisent autant les facteurs socioculturels qu'économiques.

4. Une nuptialité précoce et une recrudescence d'union libre

Si les mariages précoces connaissent au Cameroun une baisse depuis quelques années, ils restent néanmoins bien une réalité dans la société camerounaise, et notamment dans la région du grand nord majoritairement musulmane (Kuate-Defo, 2000). Il convient de différencier les mariages des unions libres. Dans le cadre de notre travail « Le mariage désigne une union qui à fait l'objet d'une formalité coutumière (mariage coutumier), civil (mariage civile) ou religieuse (mariage religieux) visant à la consacrer officiellement » (Thiriat, 1999, p.91) tandis que l'union libre est une union conjugale qui « n'a fait l'objet d'aucune procédure de reconnaissance officielle » (Thiriat, 1999, p.91).

Au Cameroun, l'âge médian du premier mariage ou union est de 17 ans pour la femme (INS, 2006). Lorsqu'on considère les jeunes femmes de 15-19 ans, l'âge moyen est de 15 ans. Cet âge varie d'un lieu de résidence à l'autre (16 ans en milieu rural, 18 ans en milieu urbain), d'une région à l'autre (15 ans à l'Adamaoua, Extrême-nord et Nord ; 19 ans au Littoral), suivant le niveau d'instruction (aucun : 15 ans, primaire : 17 ans, secondaire et plus : 20 ans), et le niveau socioéconomique (plus pauvre : 15 ans, pauvre : 17 ans, moyen : 17 ans , riche :20 ans) (INS, 2006).

Si globalement les mariages reculent au Cameroun, on note par contre une recrudescence des unions libres (INS, 2006). Ce constat est directement lié à la situation économique du pays qui n'offre plus aux individus les moyens matériels d'assumer un mariage. L'union libre est un moyen de ne pas s'engager tout en bénéficiant des prérogatives d'un mariage officiel. Elle

implique ou non la cohabitation des partenaires, et ne confère pas de droits et obligations particuliers (Thiriat, 1999) puisque ce type d'union n'est régie par aucune législation au Cameroun.

La facilité avec laquelle peuvent se contracter et se défaire les unions libres en font aujourd'hui des relations problématiques dans la mesure où elles tendent à être adoptée par les jeunes souvent dès le lycée (Kuate-Defo, 2000).

5. Une prévalence des IST élevée

Le VIH/sida a occulté toutes les autres IST au Cameroun si bien que toute recherche sur les IST au Cameroun fait automatiquement référence au VIH/sida. Certes la prévalence[43] élevée du VIH/sida au Cameroun oblige qu'on s'y attarde, d'autant que sa morbidité et sa mortalité est nettement supérieur à celle des autres IST. Mais on ne peut faire fi des autres IST qui ont également une incidence sur la santé sexuelle. Très peu d'études se sont spécifiquement consacrées aux autres IST. On ne dispose donc pas de données de référence fiables sur le sujet. Néanmoins, en considérant le « *Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST 2011-2015* » publié par le Comité National de Lutte contre le sida (CNLS, 2010), les données sur les IST montraient une diminution de moins de 0,85% du nombre d'IST enregistrées sur le territoire national entre 2006 et 2009. Les femmes sont de très loin les plus infectés (82,5%), même si on peut relativiser en considérant que les hommes vont moins consulter que les femmes. Le tableau 11 ci-dessous montre l'évolution du nombre de cas d'IST notifiés et traités au cours de la période 2006-2009 dans les formations de santé (FOSA) du Cameroun.

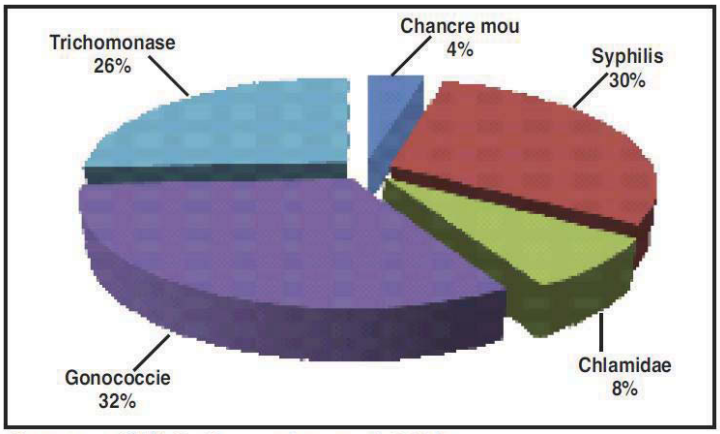
	2006	2007	2008	2009
Nombre de patients atteints d'IST reçus dans les FOSA et traités suivant l'algorithme national	47 488	22 789	63 881	51 745
% des IST chez les femmes	78,4%	54%	68%	82,5%
% des IST chez les hommes	21,6%	46%	32%	17,5%
Cible annuelle	1 196 641	1 260 526	1 372 882	1 660 526

Source : *CNLS, Rapports annuels du CNLS, 2006, 2007, 2008, 2009*

Tableau 11 : Évolution des cas notifiés d'IST au Cameroun entre 2006 et 2009 (CNLS, 2010)

[43] La prévalence du VIH au Cameroun est de 5,3 % [4,9 %–5,8 %], d'après le rapport ONUSIDA 2010

Plusieurs types d'IST sont mis en cause dans les cas d'infections notifiés. La gonococcie est la première IST mise en cause dans les infections. Elle représente 32,5% des cas notifiés (CNLS, 2010). Le graphique ci-dessous représente la répartition des IST impliquées dans les cas d'infections notifiées.



Source : *CNLS, Rapport annuel 2009*

Figure 20 : Répartition des cas notifiés d'IST selon les étiologies en 2009 au Cameroun (CNLS, 2010)

6. Une prévalence du VIH/sida la plus élevée de la sous-région

Le rapport mondial du sida 2010 (ONUSIDA, 2010) estime la prévalence du VIH au Cameroun à 5,3% [4,9 %–5,8 %]. Cette prévalence est la plus élevée parmi celles de 12 pays d'Afrique centrale et occidentale[44]. La prévalence parmi les jeunes femmes de 15-24 ans est estimée à 3,9% tandis qu'elle est de 1,6% chez les jeunes hommes de 15-24 ans. Ce niveau de prévalence justifie l'intensification des moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics camerounais depuis le début des années 2000 pour sensibiliser les populations des risques liés aux VIH. Malgré ces actions de sensibilisation, les jeunes demeurent de part leurs pratiques sexuelles une cible privilégiée. En effet, il est indéniable que les comportements sexuels courants parmi les jeunes, notamment les jeunes filles ne laissent rien présager de bon quant à une réduction sensible du niveau de prévalence du VIH au Cameroun. Une éducation à la sexualité efficace pourrait à cet effet être un bon moyen pour modifier les comportements à risque des jeunes, et leur donner les moyens de se montrer plus responsables dans leur vie sexuelle. S'agissant de la lutte contre le sida au Cameroun, le rapport de l'EDS-MICS 2011 présente une évaluation tant de la connaissance qu'à la population du VIH/sida, que de sa prédisposition à prendre des précautions suivant que le comportement sexuel soit à risque ou non.

[44] Les douze pays concernés sont les suivant : Bénin, Burkina Faso, République démocratique du Congo, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Sierra Leone

6.1. Une connaissance élevée du VIH/sida…

Afin d'évaluer les connaissances des populations sur le VIH/sida, l'EDS-MICS 2011 (INS, 2011) a permis de poser aux femmes et aux hommes enquêtés, une série de questions sur leur connaissance du VIH/sida, ses modes de transmission et de prévention ainsi que sur leurs comportements sexuels.

Dans l'ensemble, presque tous les hommes et les femmes enquêtés connaissent le VIH/sida, puisque en moyenne 97% de ceux-ci en ont entendu parler. Toutefois, cette proportion diminue en zone rurale (94,5%) et parmi les personnes sans instruction (90%). Les femmes sont également moins au courant du VIH/sida que les hommes tant dans la population totale, en zone rurale que parmi les personnes sans instruction (INS, 2011). Le tableau 12 présente la synthèse de cette évaluation.

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques Cameroun 2011				
	Femme		Homme	
Caractéristique sociodémographique	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-24	95,7	3 225	97,3	2 818
..15-19	94,9	1 715	96,3	1 591
..20-24	96,7	1 509	98,7	1 227
25-29	96,7	1 276	99,3	1 074
30-39	96,1	1 770	99,2	1 526
40-49	95,4	1 186	99,0	1 037
État matrimonial				
Célibataire	96,8	2 109	97,6	3 227
..A déjà eu des rapports sexuels	99,3	1 098	99,4	1 985
..N'a jamais eu de rapports sexuels	94,0	1 012	94,7	1 241
En union	95,4	4 692	99,1	2 958
En rupture d'union	97,2	655	99,3	270
Résidence				
Yaoundé/Douala	99,5	1 618	99,7	1 501
Autres villes	98,6	2 374	99,4	2 106
Ensemble urbain	98,9	3 992	99,5	3 607
Rural	92,4	3 465	96,8	2 847
Région				
Adamaoua	97,2	366	98,8	262
Centre (sans Yaoundé)	99,	1 560	99,2	534
Douala	99,9	765	99,6	707
Est	95,0	290	98,2	270
Extrême-Nord	82,4	1 183	95,4	956
Littoral (sans Douala)	97,0	296	99,8	287
Nord	96,9	858	98,1	729
Nord-Ouest	99,3	726	97,8	529
Ouest	99,2	779	99,7	659
Sud	98,7	191	99,5	185
Sud-Ouest	98,4	589	96,9	543
Yaoundé	99,2	853	99,8	794
Niveau d'instruction				
Aucun	85,9	1 559	93,6	533
Primaire	97,2	2 457	96,8	2 073
Secondaire	99,5	3 056	99,8	3 240
Supérieur	99,7	385	99,8	610
Ensemble 15-49	95,9	7 457	98,3	6 455
50-59	Na	Na	98,4	736
Ensemble 15-59	na	na	98,4	7 191
na: Non applicable				

Tableau 12 : Connaissance du VIH/sida par les personnes âgé de 15-49 ans (INS, 2011)

Outre le fait d'avoir entendu parler du VIH/sida, la majorité des femmes et des hommes enquêtés, déclarent qu'il est possible d'éviter de contracter le VIH. En effet, environ deux tiers des femmes (60%) savent, à la fois, que l'utilisation d'un préservatif à chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté permet d'éviter de contracter le virus. Ce score est plus élevé chez les hommes (68%), même si une étude de l'évolution de ces niveaux de connaissance montre qu'ils ont baissé depuis l'EDSC-2004, passant de 62 % à 60 % chez les femmes et de 75 % à 68 % chez les hommes (INS, 2011). Cette baisse de niveaux de connaissances du VIH/sida autant chez les femmes que chez les hommes de la population camerounaise, traduit un relâchement dans les actions d'information et de sensibilisation qui peut être relevé du côté du Comité National de Lutte contre le sida (CNLS) depuis quelques années.

L'EDS-MICS 2011 révèle en outre que la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida est positivement corrélé au niveau d'instruction et au cadre de vie (rural ou urbain) des populations. Ces niveaux de connaissances varient également en fonction des régions, le niveau de connaissances étant nettement plus faible dans la région du Nord que dans les autres régions du Cameroun (INS, 2011). Le tableau 13 présente les résultats globaux de la connaissance des moyens de prévention du VIH par les populations du Cameroun.

6.2. Mais un usage faible du préservatif (condom) en cas de multipartenariat sexuel

Le multipartenariat est un facteur majeur de risque de l'infection à VIH en Afrique (Latora, Nyamba et al., 2006; Mah & Halperin, 2009). Celui-ci est favorisé par la prévalence au Cameroun des mariages polygamiques, qui culturellement légitime pour les hommes mariés ou non le fait d'avoir des partenaires multiples. Il en est de même de la multiplication des relations sexuelles chez les femmes du fait de leur dépendance financière ou matérielle vis-à-vis des hommes.

Face à cette pratique sexuelle multipartenariale, l'usage du préservatif comme moyen de prévention devrait être de mise. Malheureusement, l'EDS-MICS 2011 ne corrobore pas à cela. En effet, si peu (6,3%) de femmes de 15-24 ans déclarent avoir eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 dernier mois, elles ne sont que 46,5% à avoir utilisé un préservatif au cours des derniers rapports sexuels. Les femmes de 15-19 ans ayant eu plusieurs partenaires sont plus nombreuses à utiliser un préservatif (52,0%) par rapport aux femmes de 20-24 ans dans la même situation (43,7%). La fréquence d'utilisation du préservatif par les femmes varie en fonction du lieu de résidence (43% en milieu urbain contre 23,2% en milieu rural), du

niveau d'instruction (de 7,3% pour femmes sans instruction à 54,1% pour les femmes de niveau universitaire), de la région (29,9% pour les femmes du Sud-Ouest à 54,7% pour les femmes de l'Ouest). Le tableau 14 présente globalement les résultats de cette évaluation de l'usage du préservatif par les femmes camerounaise ayant des rapports sexuels multipartenaires[2].

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011

	Pourcentage de femmes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :				Pourcentage d'hommes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :			
Caractéristique sociodémographique	Utilisant des condoms1	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté[2]	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté[1,2]	Effectif de femmes	Utilisant des condoms1	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté[2]	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté[1,2]	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	67,7	77,3	60,0	3 225	75,1	81,4	66,8	2 818
..15-19	63,8	74,1	56,5	1 715	72,8	78,5	63,7	1 591
..20-24	72,1	81,1	64,0	1 509	78,1	85,3	70,7	1 227
25-29	72,1	79,7	65,2	1 276	79,6	87,5	72,1	1 074
30-39	68,6	78,5	61,2	1 770	77,5	87,1	70,9	1 526
40-49	60,7	77,3	54,9	1 186	69,0	87,1	63,4	1 037
État matrimonial								
Célibataire								
..A déjà eu des	73,2	80,8	66,3	2 109	77,2	83,5	69,6	3 227
rapports sexuels	83,7	87,4	76,1	1 098	84,6	88,3	77,6	1 985
..N'a jamais eu de	61,8	73,7	55,7	1 012	65,3	75,9	56,8	1 241
rapports sexuels	64,4	76,8	57,3	4 692	73,1	86,2	66,2	2 958
En union	72,1	77,9	63,0	655	80,2	82,6	71,1	270
En rupture d'union								
Résidence								
Yaoundé/Douala	81,4	85,7	72,7	1 618	81,6	87,9	74,5	1 501
Autres villes	75,8	83,5	68,5	2 374	79,7	88,7	73,8	2 106
Ensemble urbain	78,1	84,4	70,2	3 992	80,5	88,4	74,1	3 607
Rural	55,4	70,7	49,0	3 465	69,0	80,0	60,5	2 847
Région								
Adamaoua	65,1	69,0	52,9	366	66,7	81,6	61,6	262
Centre (sans	73,1	83,8	65,6	560	79,1	73,8	62,4	534
Yaoundé)	85,2	88,4	78,7	765	86,2	91,1	81,3	707
Douala	60,4	74,1	53,0	290	87,2	91,8	84,1	270
Est	41,4	67,7	38,2	1 183	51,9	72,4	41,9	956
Extrême-Nord	79,6	80,0	67,9	296	87,2	92,5	82,0	287
Littoral (sans Douala)	39,0	50,5	28,8	858	64,7	88,0	60,7	729
Nord	80,7	94,5	79,0	726	78,0	88,5	74,3	529
Nord-Ouest	80,4	84,7	71,9	779	86,7	92,4	81,3	659
Ouest	83,1	87,3	76,4	191	84,6	86,0	76,6	185
Sud	79,1	86,7	72,9	589	83,2	84,1	74,9	543
Sud-Ouest	78,0	83,2	67,4	853	77,6	85,1	68,4	794
Yaoundé								
Niveau d'instruction								
Aucun	35,7	55,4	29,1	1 559	38,5	73,1	32,6	533
Primaire	66,7	77,5	58,2	2 457	69,1	80,5	60,7	2 073
Secondaire	81,9	88,2	75,3	3 056	83,2	88,1	75,9	3 240
Supérieur	88,1	92,3	82,4	385	88,0	91,0	82,8	610
Ensemble 15-49	67,5	78,0	60,4	7 457	75,4	84,7	68,1	6 455
15-59	na	na	na	na	63,1	84,2	58,4	736
50-59	na	na	na	na	74,2	84,6	67,1	7 191
Ensemble								

na = Non applicable
[1] En utilisant un condom à chaque rapport sexuel.
[2] Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels.

Tableau 13 : Connaissance des moyens de prévention du VIH (INS, 2011)

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011						
Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes:		Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois:		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels1	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-24	6,3	6 716	46,5	422	2,4	4 657
..15-19	4,0	3 589	52,0	142	2,0	1 790
..20-24	9,0	3 127	43,7	280	2,7	2 867
25-29	8,2	2 689	36,8	221	3,3	2 627
30-39	5,6	3 621	26,2	201	3,7	3 538
40-49	3,4	2 400	18,6	81	3,5	2 333
État matrimonial						
Célibataire	7,4	4 307	59,4	319	3,3	2 231
En union	4,7	9 792	20,2	457	2,9	9 634
En rupture d'union	11,3	1 327	42,4	150	4,7	1 291
Résidence						
Yaoundé/Douala	11,2	3 467	40,4	389	4,1	2 912
Autres villes	5,6	4 842	46,9	270	3,1	3 978
Ensemble urbain	7,9	8 309	43,0	659	3,5	6 889
Rural	3,7	7 117	23,2	267	2,7	6 266
Région						
Adamaoua	2,7	746	(56,6)	20	2,2	631
Centre (sans Yaoundé)	12,3	1 092	35,7	135	4,5	963
Douala	11,1	1 712	38,5	190	3,9	1 446
Est	5,0	604	(31,2)	30	3,8	550
Extrême-Nord	2,6	2 490	(17,2)	66	1,6	2 145
Littoral (sans Douala)	6,4	615	31,6	39	3,8	540
Nord	1,5	1 676	*	26	1,8	1430
Nord-Ouest	2,5	1 521	(41,0)	37	2,9	1 242
Ouest	3,8	1 634	54,7	63	3,0	1 366
Sud	10,0	402	34,4	40	5,9	370
Sud-Ouest	6,9	1 180	29,9	81	3,6	1 007
Yaoundé	11,3	1 755	42,1	199	4,3	1 466
Niveau d'instruction						
Aucun	1,8	3 086	(7,3)	54	1,8	2 913
Primaire	4,9	5 214	22,6	254	3,2	4 660
Secondaire	8,0	6 284	44,2	503	3,7	4 844
Supérieur	13,6	842	54,1	114	4,2	738
Ensemble	**6,0**	**15 426**	**37,3**	**926**	**3,1**	**13 155**
Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée. 1 Les femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne.						

Tableau 14 : Pourcentage de femmes ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, qui ont utilisé un préservatif (INS, 2011)

S'agissant des hommes de 15-24 ans, ils sont plus nombreux (18%) que les femmes à avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. De même, ils sont plus nombreux (66,5%) que les femmes à déclarer avoir utilisé un préservatif au cours de leurs derniers rapports sexuels.

Aussi bien chez les femmes que chez les hommes, le niveau d'instruction à une influence considérable sur le comportement sexuel, le score des hommes ayant utilisé le préservatif au cours des derniers rapports sexuels passant de 5% chez les hommes sans instruction à 63% chez ceux de niveau d'études supérieur. Cette variation est également notée selon qu'on soit

en zone urbaine ou en zone rurale (52% contre 28%). L'ensemble des résultats pour les hommes est présenté dans le tableau 15.

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les hommes ayant eu plus d'une partenaire sexuelle aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011						
Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois:		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels1:	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	18,6	2 818	66,5	524	6,3	1 620
..15-19	9,5	1 591	69,6	152	3,9	617
..20-24	30,4	1 227	65,2	373	7,8	1 003
25-29	38,2	1 074	52,2	410	11,9	997
30-39	39,5	1 526	31,0	602	15,2	1 462
40-49	32,0	1 037	16,4	332	17,3	965
État matrimonial						
Célibataire	21,2	3 227	73,2	685	7,8	1 943
En union	36,4	2 958	23,0	1 076	14,3	2 841
En rupture d'union	40,1	270	51,0	108	20,9	260
Résidence						
Yaoundé/Douala	39,0	1 501	54,1	585	16,5	1 227
Autres villes	26,9	2 106	50,6	567	10,7	1 587
Ensemble urbain	32,0	3 607	52,4	1 152	13,2	2 814
Rural	25,2	2 847	28,0	717	10,7	2 230
Région						
Adamaoua	9,1	262	(25,4)	24	7,4	196
Centre (sans Yaoundé)	39,8	534	48,0	213	19,2	462
Douala	38,3	707	60,1	271	14,1	553
Est	40,5	270	33,6	110	16,0	237
Extrême-Nord	18,5	956	10,1	177	5,7	655
Littoral (sans Douala)	33,2	287	47,2	95	11,9	220
Nord	11,5	729	14,8	84	5,0	511
Nord-Ouest	20,9	529	47,0	110	10,6	381
Ouest	33,2	659	52,8	219	8,5	537
Sud	46,0	185	35,5	85	20,9	171
Sud-Ouest	30,9	543	41,6	168	12,8	446
Yaoundé	39,6	794	48,9	314	18,4	674
Niveau d'instruction						
Aucun	19,6	533	4,7	104	4,9	416
Primaire	25,8	2 073	32,5	535	11,3	1 632
Secondaire	30,4	3 240	47,9	986	13,4	2 445
Supérieur	40,0	610	62,6	244	14,2	550
Ensemble 15-49	29,0	6 455	43,0	1 869	12,1	5 044
50-59	31,3	736	12,0	231	19,2	691
Ensemble 15-59	**29,2**	**7 191**	**39,6**	**2 100**	**13,0**	**5 735**

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.
1 Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne.

Tableau 15 : Pourcentage d'hommes ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, qui ont utilisé un préservatif (INS, 2011)

Bien que régulièrement exposés au multipartenariat sexuel, les jeunes du Cameroun n'ont pas suffisamment conscience des risques auxquels ils s'exposent dans de telles relations. Malgré les multiples actions de sensibilisation auprès des jeunes, l'utilisation du préservatif reste modérée (Meekers & Klein, 2002). Le niveau moyen de protection par l'usage du préservatif lors des rapports sexuels demeure faible, très loin de la moyenne (INS, 2011). Un travail

énorme reste donc à faire pour accroître ce niveau de protection par l'usage du préservatif lors des rapports sexuels à risque.

7. Un usage limité des contraceptions et une forte prévalence de grossesses précoces

Au Cameroun, l'usage des moyens de contraception n'est pas courant chez les jeunes filles. C'est l'une des causes des grossesses précoces observées chez les jeunes collégiennes, lycéennes et universitaires. L'EDS-MICS 2011 révèle à ce sujet, que plus de six femmes sur dix (60,3%) n'utilisent pas de méthodes de contraception au Cameroun. Lorsqu'on considère la tranche des jeunes filles de 15-19 ans, cette proportion culmine à 75,9%, et à 62,2% chez les jeunes filles de 20-24 ans. Lorsqu'on considère les régions, le nombre de femmes n'utilisant pas une contraception explose à 94,8% à l'Extrême-Nord. Dans le milieu rural, on dénombre 68,5% de femmes qui n'utilisent aucun moyen contraceptif. Le niveau d'instruction n'est pas en reste, puisque 84,0% de femmes sans instruction n'utilisent pas de méthode contraceptive, contre 31,8% pour les femmes ayant le niveau de secondaire et plus (INS, 2011).

Cette situation met les jeunes filles en situation de vulnérabilité face aux rapports sexuels précoces ou non, et au multipartenariat sexuel qui sont des facteurs aggravant d'exposition à une grosses non désirée. Gérer sa fertilité est alors pour ces dernières une question vitale. Pour y parvenir, le recours aux méthodes traditionnelles (abstinence périodique, retrait, MAMA…) est de mise (Touko, Kemmegne, Nissack, Schimdt-ehry & Kamta, 2001).

Cette étude de Touko, Kemmegne, Nissack, Schimdt-ehry et Kamta (2001) relève aussi l'usage par certaines jeunes filles de produits ayant un pouvoir contraceptif ou abortif supposé, notamment : des décoctions de racines d'arbre, du whisky, des douches vaginales à base du permanganate de potassium, de nivaquine, ou d'aspirine… Couramment un bon nombre de ces jeunes filles utilisent un « calendrier » pour la gestion de leur fertilité. Sur ce « calendrier », elles prennent soin de noter régulièrement les jours de début et de fin des menstrues, et peuvent à partir de la lecture de ce « calendrier » déterminer leur période de fertilité, période durant laquelle elles s'abstiennent de tout rapport sexuel, ou alors ont recours à un moyen de protection. La majorité des filles portent régulièrement sur elle ce « calendrier » et elles n'hésitent pas à le consulter pour déterminer si elles sont en période fertile ou pas, avant de s'engager dans un rapport sexuel. L'abstinence périodique est la méthode traditionnelle la plus adoptée par ces jeunes filles (11,3%). Globalement, les jeunes

filles de 15-19 ans sont plus nombreuses à déclarer utiliser une méthode traditionnelle (13,3%) qu'une méthode moderne (10,8%) (INS, 2011).

Comme on peut s'y attendre, le risque de grossesse encourue par ces jeunes filles et très élevé. En effet le fait de s'exposer tôt aux rapports sexuels et de ne pas utiliser de moyen de contraception accroit le risque d'une grossesse (Touko, Kemmegne, Nissack, Schimdt-ehry & Kamta, 2001). Une étude menée au nord Cameroun par Tebeu et al. (2004) sur une cohorte de 12 537 accouchements ayant eu lieu à l'hôpital provincial de Maroua entre 1995 et 2004, montre que les adolescentes contribuent à 26,54% dans ces accouchements. Les adolescentes de 16 ans et moins représentent 7,58%, et celles de 17-19 ans représentent 18,95%. En considérant que cette étude porte sur les femmes ayant mené à terme leur grossesse, ces chiffres seraient alors plus élevés si on considérait celles qui auraient interrompu leur grossesse.

Ces chiffres impressionnants pour l'unique hôpital provincial de Maroua au nord Cameroun illustrent parfaitement la prégnance des grossesses précoces au sein de la population jeune au Cameroun. Pour justifier ces grossesses précoces, les jeunes femmes avancent plusieurs raisons dans une autre enquête menée par Touko, Kemmegne, Nissack, Schimdt-ehry et Kamta (2001) auprès de 462 fille-mères : 61,3% de ces jeunes femmes invoquent l'incapacité à déterminer leur période féconde, 14% l'expliquent par la défaillance du préservatif, le refus d'utilisation du préservatif par le partenaire ou l'abus sexuel. D'autres auteurs font aussi allusion au choix délibéré de ces jeunes filles d'avoir un enfant, un acte qui leur donne la plénitude du sentiment d'être femme ou tout simplement le pouvoir de garder leur partenaire qui très souvent n'est pas prêt à assumer le rôle de père (Kuaté-Defo, 1998 ; Rwenge, 2003).

Ce risque réel pour plus d'une jeune fille sur quatre d'avoir une grossesse précoce nécessite qu'une véritable action éducative soit initiée dès le plus jeune âge, et interpelle une fois de plus les autorités publiques quant au problème de l'activité sexuelle des jeunes filles avec des partenaires plus âgés.

8. L'interruption volontaire de grossesse (IVG), une pratique d'usage chez les adolescentes au Cameroun

L'exposition aux grossesses précoces et non désirées à laquelle sont sujettes les jeunes femmes au Cameroun les prédispose au recours à l'interruption volontaire de grossesse. Elles sont en effet régulièrement confrontées à une grossesse précoce dont l'auteur n'est pas prêt à

assumer la responsabilité. Très souvent dépendantes financièrement de leurs parents qui n'ont pas toujours les moyens d'assumer un petits-enfants alors même qu'ils ont du mal à assumer leur fille, n'ayant pas de revenu pour se prendre en charge elles-mêmes et ne bénéficiant d'aucune aide sociale publique, la solution de l'interruption de grossesse s'impose tout naturellement, d'autant plus qu'elles-mêmes ne sont pas prêtes la plupart du temps à assumer une maternité.

Une étude menée par Leke (1998) auprès de 113 femmes du Sud Cameroun ayant eu une interruption volontaire de grossesse, montre que 50% de ces femmes étaient adolescentes. De même Meekers et Calves (1999) confirme cette prévalence de l'IVG chez les jeunes femmes. Leur étude effectuée auprès de 798 jeunes femmes de 12-22 ans montre que parmi les femmes ayant eu au moins une grossesse, 29% âgées de 15 à 22 ans ont subi une IVG, dont 9% âgées de 15 à 17 ans. De même l'étude de Touko, Kemmegne, Nissack, Schimdt-ehry et Kamta (2001) abouti au même résultat, puisque 19% des filles-mères enquêtées ont déjà procédé à au moins une interruption volontaire de grossesse.

L'interruption volontaire de grossesse étant interdite au Cameroun sauf en cas de viol ou de risque avéré pour la santé de la mère, le recours à cette pratique constitue un délit. Les jeunes filles ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse ne peuvent pas le faire dans le circuit de soin normal. Elles doivent faire recours à des cliniques privées qui pratiquent illégalement l'IVG, et doivent débourser pour cela des sommes importantes dépassant souvent leurs moyens. Pour celles qui ne peuvent pas s'offrir le luxe d'une clinique privée, tous les moyens sont bons : absorption des décoctions, prise des comprimés divers, recours aux étudiants en médecine, aux infirmières et sages femmes, aux tradipraticiens… (Touko, Kemmegne, Nissack, Schimdt-ehry & Kamta, 2001) Dans ces conditions elles mettent en danger leur vie et leur santé reproductive pour résoudre un problème qui aurait pu être évité moyennant une protection lors des rapports sexuels.

La gravité des conséquences de l'IVG chez les adolescents au Cameroun est aujourd'hui telle qu'on ne peut se permettre de l'ignorer. L'économie de moyens ne doit pas être faite en matière d'éducation pour développer les connaissances sur les méthodes de contraception, les compétences et les aptitudes nécessaires pour les adopter et se refuser à tout rapport sexuel à risque pouvant aboutir à une grossesse précoce. Mais des moyens doivent être aussi déployés pour rendre ces moyens de contraception accessibles aux jeunes. Certes, plusieurs facteurs rentrent en compte dans l'avènement d'une grossesse précoce et non désirée chez

l'adolescent, mais en y accordant un peu plus de moyens et d'actions éducatives, on pourrait parvenir à en réduire considérable la prévalence.

9. Les abus sexuels récurrents

L'abus sexuel est un sujet qui est peu évoqué en Afrique. En effet « il a toujours été admis que les abus sexuels en Afrique noire étaient rares ou plutôt inexistant. Leur réalité est encore aujourd'hui fortement contesté et dénié par l'ensemble du corps social » (Mbassa Menick & Ngoh, 2000, p.181). On n'en parle donc pas trop, et pourtant les abus sexuels sur les adolescents sont significatifs au Cameroun. C'est un sujet aussi tabou que la sexualité. Peu d'études se sont effectivement intéressées à la question des abus sexuels au Cameroun. Des données parcellaires sur la question des abus sexuels sont très souvent fournies par les associations, des données dont on ne peut malheureusement évaluer la fiabilité.

Toutefois, plusieurs travaux de Mbassa Menick (2000a, 2000b, 2002, 2003) donnent un éclairage sur le problème des abus sexuels au Cameroun. Une des ces études s'appuie sur les registres du tribunal de grande instance de Yaoundé, sur la période du 01 octobre 1994 au 06 janvier 1999. Sur 2345 dossiers criminels enregistrés, 224 affaires portaient sur les offenses sexuelles sur mineurs âgés de moins de 16 ans, soit 9,5% des dossiers criminels traités par le tribunal sur la période. Toutes les victimes étaient des filles dont l'âge était compris entre 3 et 15 ans, l'âge moyen des victimes étant de 9 ans. 70% de ces victimes étaient âgées de 10 à 15 ans. Les auteurs de l'agression étaient essentiellement des adultes de plus de 21 ans (Mbassa Menick, 2000b). Mbassa Menick et Ngoh (2003) font aussi état dans une étude, de 71 cas d'enfants âgé de 3 à 15 ans (âge moyen 11,6ans) victimes d'abus sexuels enregistrés dans deux hôpitaux de la ville de Douala entre le 01 février 1998 et le 31 mars 2000. 84,2% de ces enfants sont des filles et 15,8% des garçons. Parmi les cas d'abus sexuels enregistrés, 84,2% sont des cas de viols et 15,8% des attouchements sexuels. Une autre étude de Mbassi Menick (2002) menée du 04 janvier au 30 avril 1999 auprès de 1688 élèves montre que 15,9% des élèves enquêtés ont été victimes d'abus sexuels. L'âge des élèves au moment de l'abus variait de 4 à 15 ans avec une moyenne d'âge de 11,6 ans. Parmi les victimes, 72,5% sont des filles. 38,7% des abus sexuels sont des viols, 54,6% d'attouchements sexuels et 6,7% de scènes pornographiques. Dans les trois enquêtes, les agresseurs sont autant des membres de la famille de la victime que des personnes extérieures à la famille.

Ces différentes enquêtes qui sont loin d'être représentatives du problème des abus sexuels au Cameroun donnent néanmoins une idée de sa prévalence au sein de la population. Très

souvent les victimes ne dénoncent pas leur agresseur qui est souvent un membre de la famille. Lorsque l'agresseur dénoncé est extérieur à la famille, les parents de la victime préfèrent souvent entamer une négociation financière avec l'agresseur, et ne portent pas plainte (Mbassa Menick & Ngoh, 1999). Une enquête sur un échantillon représentatif de la population camerounaise permettrait certainement d'établir une prévalence des abus sexuels au Cameroun aussi importante que celles qu'ont pu relever les trois enquêtes citées ci-dessus. C'est dire l'intérêt qu'une éducation à la sexualité devrait accorder à ce problème qui affecte directement la santé sexuelle des jeunes.

10. L'éducation à la sexualité dans les programmes scolaires au Cameroun

Durant de nombreuses années et jusqu'au début des années 2000, la sexualité humaine n'apparaissant dans les programmes scolaires qu'à partir de la classe de troisième, à travers le programme de biologie. Ce programme visait à transmettre aux élèves des connaissances essentiellement basées sur la dimension biologique de la sexualité. Il s'agissait entre autre de la présentation du corps humain sexué, de la présentation des appareils reproducteurs humains, de la puberté et des caractères sexuels primaires et secondaires, de la reproduction humaine. Toujours dans le programme de biologie en classe de troisième, était prévu un programme sur les IST, le VIH/sida n'apparaissant alors que comme une IST parmi tant d'autres. A partir du début des années 2000, une refonte des programmes intègre la sexualité humaine dans les programmes de biologie dès la classe de sixième, et un accent est mis sur le VIH/sida qui occupe désormais une grande partie du programme alloué aux IST.

Cette éducation est donc naturellement assurée par les professeurs de biologie à travers leur cours. Aucune autre action d'éducation à la sexualité n'est alors menée en milieu scolaire, si ce n'est des campagnes publiques d'information sur le VIH/sida menées par l'équipe du Comité Nationale de Lutte contre le Sida (CNLS) ou par des associations engagées dans cette cause. Depuis le 18 janvier 2007, l'arrêté conjoint interministériel n° 281/07 du Ministère de l'éducation de base et du Ministère de l'enseignement secondaire introduit en sont article 1, l'Éducation à la Vie Familiale (EVF), en Matière de Population (E-MP), à l'éducation préventive au VIH et sida dans les programmes des enseignements primaire, secondaire et normal au Cameroun (annexe 3). Cette action fait partie d'un éventail d'actions initiées par le gouvernement camerounais pour réduire la prévalence du VIH et sida en milieu scolaire, respectant ainsi les recommandations arrêtées suite à *l'atelier sous-régional pour accélérer la*

réponse du secteur de l'éducation à l'épidémie du VIH/sida en Afrique Centrale tenu à Douala (Cameroun) du 09 au 12 octobre 2006[45].

L'application de ce décret qui prenait effet dès sa publication n'est toutefois pas encore effective sur l'étendu du territoire, quelques établissements seulement ayant été choisis comme centre pilote. Trois ans plus tard en fin d'année 2010, lorsque nous menions nos enquêtes, cet arrêté ministériel tardait toujours à être mis en application de manière généralisée.

Dans le guide pédagogique à l'usage de l'enseignant de l'EVF/EMP/VIH, il est spécifié que « l'EVF/EMP/VIH et sida n'est pas une discipline nouvelle. Son enseignement se fera par l'insertion de son contenu et de ses objectifs d'apprentissage à l'intérieur d'un certain nombre de disciplines préexistantes dans le système scolaire » (Misanté, Minedub & Minesec, 2006, p.10). Une approche transversale de ce programme est donc encouragée par les instances de l'Éducation nationale. Les matières visés sont notamment :

- les langues (le français et l'anglais langues officielles sont les premières ciblées) ;
- l'éducation à la citoyenneté et la morale (ECM) ;
- l'histoire et la géographie ;
- l'économie sociale et familiale (ESF) ;
- l'éducation physique et sportive (EPS) ;
- les sciences de la vie et de la terre (SVT).

« Le choix de ces disciplines est motivé par leurs affinités et leur parenté avec l'EVF/EMP/VIH et sida … et par leur rôle dans la formation et l'affermissement de la personnalité de l'apprenant et son insertion sociale » (Misanté, Minedub & Minesec, 2006, p.10).

Toujours d'après ce guide pédagogique, l'insertion de l'EVF/EMP/VIH et sida dans les disciplines d'accueils pourra être partielle (lorsque les leçons d'EVF/EMP/VIH et sida ne s'intègrent pas totalement à celles de la discipline), totale (lorsque les leçons d'EVF/EMP/VIH et sida et celles des disciplines d'accueil sont identiques dans les leçons d'accueil), ou par adjonction des contenus (lorsque les contenus et les objectifs d'apprentissage d'EVF/EMP/VIH et sida ne correspondent pas à ceux des leçons des disciplines d'accueil).

[45]Cet atelier était convoqué à l'initiative des Ministères en charge de l'éducation des pays de la sous région Afrique centrale (Cameroun, Congo, Gabon, RCA, RDC, Tchad) et avec l'appui du groupe de travail inter-agences pour l'éducation (IATT – UNESCO, UNICEF, ONUSIDA, UNFPA, Banque Mondiale).

Chapitre 6

LA SEXUALITÉ DES JEUNES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Œuvrer en éducation à la sexualité dans les pays d'Afrique subsaharienne nécessite que l'on sorte du cadre des opinions et des préjugés pour apporter une réponse correspondant non seulement au besoin réel des jeunes, mais qui prennent également en compte la spécificité de leurs comportements sexuels et leurs déterminants. En effet, l'éducation à la sexualité vise *in fine* à agir sur les comportements sexuels à risque des jeunes. Ceci suggère d'abord que ces comportements sexuels à risque aient été identifiés, mais surtout que soient mis en exergue les mécanismes et les facteurs qui conduisent les jeunes à les adopter. Cette explicitation des facteurs affectant le comportement sexuel des jeunes en Afrique subsaharienne s'avère nécessaire, dans la mesure où une éducation à la sexualité efficace ne peut être pensée sans une prise en compte de ces facteurs. A la faveur du VIH/Sida, beaucoup de recherches ont été menées pour expliquer la forte prévalence de cette pandémie en Afrique subsaharienne. Grâce à ces études, les comportements sexuels des jeunes et leurs déterminants on pu être mis en évidence. Cette partie de notre recherche a pour but de présenter à travers la littérature existante sur la sexualité des jeunes en Afrique subsaharienne, les comportements sexuels et les éléments consensuels qui les expliquent.

1. Une mutation du modèle social africain

Très longtemps en Afrique subsaharienne, c'est à la société traditionnelle qu'était confiée la mission de proposer des règles en matière de comportement sexuel. Ces règles étaient alors suivies par la majorité des individus (Pradervand, 1973 ; Savane, 1974). Grâce à l'existence de ces normes sexuelles, les sociétés traditionnelles africaines connaissaient au niveau de la sexualité, un équilibre que le développement social est venu perturber. Les cas de *"déviations"* sexuelles étaient alors rares dans l'Afrique traditionnelle (Brand, 1973). Cependant, ce modèle social africain a connu depuis le début du régime colonial, une mutation profonde qui s'est accentuée après les indépendances, entrainant la dégradation de cette gestion traditionnelle de la sexualité (Petit & Tchetgnia, 2009). Cette mutation du modèle social de l'Afrique subsaharienne est attribuée par plusieurs auteurs à l'influence occidentale, la scolarisation, l'urbanisation, les mass media occidentaux, les besoins

économiques et aujourd'hui à la mondialisation (Antoine, Ouédraogo & Piché, 1998 ; Banza Kalambayi, 2004 ; Irvin, 2000 ; Kuate-Defo, 2000 ; Pradervand, 1973). Les facteurs mis en cause ont entrainé une érosion des normes traditionnelles et des mécanismes de contrôle social des comportements, un recul des structures traditionnelles, une réorganisation de la hiérarchie sociale et la diminution du contrôle social en matière de sexualité (Meekers, 1994 ; Savane, 1974).

Les structures traditionnelles africaines responsables de la préparation des jeunes à la vie relationnelle et sexuelle ont été fortement affectées par cette diminution du contrôle social en matière de sexualité (Irvin A, 2000), avec une triple conséquence : d'abord la disparition des rituels initiatiques destinés à l'éducation sexuelle et à la préparation à la vie maritale des jeunes ; ensuite d'un point de vue communautaire, la perte de l'enjeu de socialisation et de construction de l'identité sociale que pouvait avoir les rites d'initiation sexuelle sur les membres de la communauté ; et enfin le recours des jeunes à de nouvelles sources d'informations sexuelles de qualité incertaine comme les magazines et les films pornographiques d'origine occidentale (Amuyunzu-Nyamongo, Biddlecom et al., 2005 ; Savane, 1974).

Un autre effet de la diminution du contrôle social en matière de sexualité est incontestablement chez les jeunes, le non respect des normes, des valeurs et des pratiques liées à la sexualité. Ceci se caractérise par l'adoption de nouveaux comportements sexuels plus libertins par les jeunes, le recul de l'exigence communément admise de la virginité de la femme comme symbole d'honneur et comme une condition pour le mariage, et la disparition des modèles sociaux de référence (Diakité, 1973). Un important changement est ainsi observé dans le vécu de la sexualité préconjugale des jeunes qui prennent davantage de liberté (Savane, 1974). A propos de ce nouveau rapport des jeunes à la sexualité préconjugale Banza Kalambayi (2004) note :

> le changement concerne notamment le cadre dans lequel ont lieu les relations sexuelles des jeunes. Jadis, bien que précoces, les relations sexuelles des jeunes avaient lieu dans le cadre du mariage ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Actuellement, les difficultés socioéconomiques mais aussi le modernisme (scolarisation, medias…) semblent favoriser la sexualité préconjugale qui est diversement justifiée par les jeunes. (p.4)

Même si cette évolution du comportement sexuel des jeunes n'est pas propre à l'Afrique et reflète une constante mondiale beaucoup plus vaste, « elle prend en Afrique des dimensions particulières dues entre autres à la brutalité et la soudaineté de son extension » (Pradervand, 1973, p.11).

La réorganisation de la hiérarchie sociale se traduit quant à elle, par la perte de contrôle des adultes sur les plus jeunes et surtout la disparition des structures et des mécanismes d'initiations traditionnelles aux valeurs sociales (Caldwell et al., 1991 ; Diop, 1995; Songué, 1986). Cette perte de contrôle des adultes sur les jeunes entraîne une transformation de la mission d'éducation et d'enseignement des valeurs traditionnelles qui leur était socialement attribuée.

2. Une adaptation aux réalités socioéconomiques de la région

Si le comportement sexuel des jeunes en Afrique subsaharienne connait une forte influence de la culture occidentale, il est aussi une réponse au bouleversement socioéconomique actuel dans les sociétés africaines. En effet la sexualité des jeunes est aujourd'hui corrélée à un intérêt économique (financier ou matériel) et/ou social (accès au mariage, réponse à la curiosité et à la pression des pairs). Au delà de toute considération éducative, on ne peut minimiser le fait qu'aujourd'hui, peut-être plus qu'hier, l'intérêt économique et/ou matrimonial motive est oriente amplement la vie sexuelle des jeunes dans les pays d'Afrique subsaharienne, particulièrement celle des filles. Plusieurs auteurs qui se sont penchés sur la problématique de la sexualité des jeunes en Afriques subsaharienne n'ont pas manqué de relever cet obstacle pour la jeunesse africaine à s'inscrire dans une démarche sexuelle responsable (Irvin, 2000 ; Meekers & Calvès, 1997 ; Nyanzi, Pool et al., 2001 ; Omokaro, 2009 ; Sami Tchak, 2002). Ce constat est également fait par le sociologue Pierre Pradervand (1973) qui écrit :

> Il est difficile est exclu de vouloir aborder le problème de l'éducation sexuelle en dehors du contexte général du développement d'un pays. Vouloir faire de l'éducation sexuelle alors que le milieu ambiant pousse à la facilité dans le domaine, c'est perdre son temps. Vouloir encourager chez les jeunes un comportement sexuel responsable, alors qu'un certain tourisme de masse financé et développé par l'Ouest encourage encore trop souvent le développement de la prostitution (tant masculine que féminine), alors que les films érotiques européens de bas étages passent devant des auditoires de jeunes adolescents dans presque

> toutes les salles de cinéma, alors que certains achètent les privilèges des jeunes lycéennes par des robes, pagnes, des soirées au dancing, parfois avec l'assentiment des parents, bref, alors que tant de réalités de la vie sociales encouragent un comportement sexuel irresponsable, vouloir faire de l'éducation sexuelle sans s'occuper de ce contexte plus large serait non seulement inutile mais nuisible. (Pradervand, 1973, p.8)

Si ce constat date d'une quarantaine d'année déjà, il est pourtant plus actuel que jamais pour la majorité des pays d'Afrique subsaharienne. Combien sont-elles dans ces pays d'Afrique subsaharienne, les jeunes filles très souvent mineures dont la première expérience sexuelle n'est pas une expérience voulue, mais une expérience imposée par les réalités socioéconomiques ? Combien sont-elles qui offrent leur jeunesse, leur innocence, au prix d'une urgence matérielle que ne peut malheureusement combler une éducation à la sexualité si efficace soit-elle ?

La situation de dépendance économique dans laquelle sont assujetties les jeunes filles les poussent à se prostituer pour subvenir à leurs besoins (Ankomah & Ford, 1993 ; Petit & Tchetgnia, 2009 ; Rwenge, 2003). Comme le relève Rwenge (2006), « la plupart des jeunes filles ont plusieurs partenaires sexuels pour disposer des ressources nécessaires à la satisfaction de leurs besoins » (p.26). Il ajoute que

> le pouvoir économique du partenaire sexuel joue un rôle important dans la durabilité des relations. Ce qui veut dire que plus le pouvoir économique du premier partenaire sexuel d'une jeune fille … est élevé, moins sera le nombre de ses partenaires sexuels … Et ce nombre sera encore plus faible si la jeune fille est aussi économiquement aisée, … et si en plus elle vie dans une société où les mœurs sexuelles sont rigides. (Rwenge, 2006, p 26)

Les adolescentes ont davantage recours à cette pratique, souvent pour payer leurs études lorsqu'elles ne sont pas soutenues par leur famille. Dans ce cas les partenaires sont généralement plus âgés, ce qui en plus de la considération financière, limite les possibilités de l'adolescente à négocier un comportement sexuel à moindre risque (Rwenge, 2003). De même, souvent dans l'impossibilité de demander argent de poche, vêtements, chaussures et autres accessoires vestimentaires à leurs parents qui sont souvent incapables de satisfaire leurs besoins, ces adolescentes entretiennent des relations sexuelles avec des hommes généralement plus âgés et capables de satisfaire de tels besoins (Cole, 2004 ; Fouquet, 2007 ; Nyanzi, Pool

et al., 2001 ; Omokaro, 2009). Au-delà de cette envie de satisfaire leurs besoins matériels et financiers, certaines filles se prêtent à ces relations sexuelles afin de se faire valoir auprès de leurs amis et combler leur désir d'être à la mode, d'améliorer leur confort sans qu'il soit question de survie, et d'accéder à des espaces de sociabilité élevés (Gorgen, Maier & al., 1993 ; Petit & Tchetgnia, 2009).

Bien que les garçons se prêtent aussi à des relations avec des femmes plus âgées pour accéder aussi aux avantages financiers, et qu'ils décident souvent d'avoirs plusieurs partenaires (Meekers & Calvès, 1997), peu de travaux ont toutefois été menés à ce sujet. Néanmoins, même dans les relations avec leurs pairs, les considérations financières et matérielles ont un effet réel sur le comportement sexuel des jeunes filles comme des jeunes garçons.

Toutefois, la nécessité matérielle évoquée par la majorité des filles pour justifier qu'elles entretiennent ce type de relation est remise en question par certaines études ethnologiques (Abega, 2007 ; Nyanzi et al., 2001; Poulin, 2007). Pour ces auteurs, la contrepartie dans la relation sexuelle hors mariage serait perçue par les deux partenaires comme une marque du respect de la femme, une preuve d'amour ; et aboutirait ainsi à une forme de *"ritualisation de la compensation"* (Petit & Tchetgnia, 2009). Ainsi, plus la fille reçoit de son partenaire des cadeaux matériels ou financiers, plus elle s'estime aimée. Elle considère de plus tout avantage qu'elle peut tirer de sa relation comme une juste compensation de sa contribution au bonheur et à la valorisation sociale de son partenaire (Petit & Tchetgnia, 2009).

Pour clore cette analyse, comment ne pas relever la pression sociale exercée autant sur les garçons que les filles pour accéder à un mariage qui socialement est synonyme de *"personne responsable"* et de dignité[46] pour le garçon (Ombolo, 1991), d'une *"charge en moins"* pour la famille de la fille et de sécurité matérielle[47] pour la fille (Savane, 1974).

3. La construction sociale de la masculinité et de la féminité

Le comportement sexuel des jeunes est aussi déterminé par la construction sociale de la masculinité et de la féminité. Cette construction repose en grande partie sur les représentations sociales de la sexualité. Dans la société traditionnelle africaine, notamment

[46] Lallemand (1985) remarque que le célibat est perçu pour tout individu masculin ou féminin comme un état transitoire, et sa prolongation est ressentie comme anormale et pénible.

[47] Sami Tchak (1999) relève a cet effet, que ce que recherchent les femmes dans de telles situations c'est un protecteur, une sécurité matérielle. Elles rêvent d'êtres entretenues. Leur rêve est de pouvoir rencontrer un homme, de préférence riche, qui leur achète tout, qui leur garantisse des conditions de vie agréables, sans qu'elles aient à faire des efforts.

dans la tradition Beti au Cameroun, l'éducation sexuelle traditionnelle contribue à la construction d'inégalités de genre en matière de sexualité (Ombolo, 1991). Cette éducation sexuelle concerne notamment l'entraînement de l'individu à la pleine acceptation de son sexe, et vise à confirmer l'homme comme la femme dans son identité sexuelle, à cultiver la répartition sexuelle des tâches, des comportements, du savoir social et des dispositions psychologiques et affectives (Ombolo, 1991). Cette éducation sexuelle traditionnelle renforce l'idée de l'homme physiquement plus fort que la femme, viril, combatif, énergique et endurant dans les épreuves physiques. Ainsi, « la caractéristique essentielle du mâle … réside dans l'aptitude à se défendre, à produire et à acquérir les biens nécessaires à l'existence, et à assurer la sécurité de ceux qui sont à sa charge … Tout chez l'homme doit être bravoure, noblesse et dureté » (Ombolo, 1991, p.201). A ces caractéristiques physiques de l'homme s'ajoutent des comportements (les habitudes alimentaires, la manière de porter des charges, le verbalisme…) qui lui sont propres et qui contribuent à la pleine acquisition des qualités masculines. Ces caractéristiques attribuées à l'homme concourent à établir son autorité sur la femme, et à le préparer à son rôle de chef au sein du couple.

En ce qui concerne la confirmation de la femme dans son identité sexuelle, le premier élément de l'acquisition de la féminité repose sur l'acceptation réaliste de son *"infériorité"* physique par rapport à l'homme. Cette *"infériorité"* physique exige de la femme une soumission à l'homme et l'acceptation de sa position dominante (Biaya, 1997). Son comportement en public doit être empreint de délicatesse, de réserve et de pudeur. Sa *"valeur"* de femme s'évalue à sa capacité à s'occuper de son ménage, et à soigner convenablement son mari et ses enfants (Ombolo, 1991 ; Iman et al., 1995). Par son comportement, elle est garante de la dignité de son mari et à ce titre, ne doit rien faire qui puisse entacher cette dignité. Si la sexualité préconjugale du jeune homme est acceptée et justifiée par l'exercice de sa virilité, ce n'est pas le cas pour la jeune fille. Celle-ci doit préserver sa virginité autant que faire ce peut, et n'exercer sa sexualité que dans le cadre d'une union conjugale (Ombolo, 1991 ; Petit & Tchetgnia, 2009).

Un autre axe de cette éducation sexuelle concerne la définition claire du statut et du rôle du sujet dans la société. Elle vise ainsi à établir le statut de l'homme et de la femme, c'est-à-dire la place qu'ils occupent respectivement dans la société, et leurs rôles respectifs c'est-à-dire l'ensemble des modèles culturel associés à leur statut. A cet effet, l'idée que la destinée d'une fille s'accomplit dans le mariage et la procréation est dominante (Ombolo, 1991 ; Songue,

1986), tandis que le garçon ne devient un *"vrai homme"* que dans la mesure où il se marie, se construit un logis, se constitue une source régulière de revenus, et lorsqu'il a des enfants, les élève et les éduque convenablement (Ombolo, 1991). Il est alors *"normal"* que l'homme soit celui qui travaille et que la place de la femme soit au foyer.

Dans le couple, l'acte sexuel est considéré comme un *"devoir"* pour la femme dont le mari dispose implicitement du droit de disposer de son corps et de prendre les décisions liées à la vie sexuelle du couple. La femme ne peut ainsi se soustraire à la satisfaction du besoin sexuel de son partenaire et c'est naturellement qu'elle doit être *"disponible"* pour son partenaire, au risque de paraître anormale (Biaya, 1997 ; Ombolo, 1991 ; Wood, Maforah & Jewkes, 1998). La conception de la sexualité de l'homme conforte la position de domination de celui-ci sur la femme, puisque dans l'acte sexuel la femme est considérée comme passive alors que l'homme est actif (Biaya, 1997 ; Brand, 1973).

La fidélité est une vertu propre à la femme, l'homme pouvant très bien avoir plusieurs partenaires simultanément afin de satisfaire son naturel besoin de sexe (Varga, 2003). Celui-ci peut d'ailleurs être polygame, une polygamie à travers laquelle l'homme peut exercer librement sa virilité masculine (Tchak, 1999). Dans le cadre des relations *ante* conjugales, la sexualité parait comme un moyen d'affirmer et de jouir de son nouveau statut d'homme et de femme dans la société, statut qu'ils acquièrent par des rites initiatiques de passage de l'enfance à l'adolescence. Cette construction sociale de la masculinité et de la féminité a une incidence sur le comportement sexuel des adolescents dans la mesure où ils sont soumis à ces valeurs socioculturelles (Yakam, 2007).

4. L'influence du cadre familial

Plusieurs travaux ont montré que le cadre familial a un impact sur le comportement sexuel du jeune, notamment sur son entrée en sexualité (Davis & Friel, 2001; Newcomer & Udry, 1987 ; Regnerus & Luchies, 2006; Thornton & Cambrun, 1987 ; Young & al., 1991). Ce comportement sexuel est notamment lié au capital financier, humain et au cadre social de la famille. Ainsi, les jeunes dont les possibilités financières des parents sont conséquentes, et qui bénéficient alors de la part de leurs parents d'un encadrement et d'une prise en charge globale ont moins tendance à mener une sexualité préconjugale. Par contre, lorsqu'ils sont issus d'une famille pauvre, les jeunes sont plus enclins à s'adonner à la sexualité, notamment pour les raisons que nous avons évoquées en présentant ci-dessus la théorie du comportement sexuel des jeunes liée à l'adaptation socioéconomique (Kaptue, 1998 ; Songué, 1998). Lorsqu'on

considère les caractéristiques humaines de la famille comme le niveau d'études des parents, leur profession, leur degré de croyance, leur appartenance ethnique… le comportement sexuel des jeunes est une fois encore différent. En effet, les jeunes dont le niveau d'études des parents n'est pas élevé (niveau scolaire inférieur au second cycle), tout comme ceux dont les parents sont sans emploi, ouvriers ou paysans, sont aussi plus portés à une sexualité précoce (Kuate-Deffo, 1998 ; Rwenge,1999; Rwenge, 2000). S'agissant du cadre social de la famille, la constitution de la famille (structure et taille du ménage) semble aussi avoir un effet sur le comportement sexuel des jeunes. On observe notamment que les jeunes issus des familles polygames sont plus exposés à une sexualité préconjugale que ceux des familles monogamiques. De même plus la taille de la famille (nombre d'enfants) est élevée plus les enfants ont une sexualité précoce (Rwenge, 1999 ; 2000).

Le cadre familial constitue ainsi un déterminant du comportement sexuel des jeunes, même si cette considération présente la limite de ne pas prendre en compte les caractéristiques individuelles des jeunes qui peuvent parfaitement amoindrir cet effet lié au cadre familial.

5. Les considérations d'ordre psychologique

Bien que le facteur socioéconomique soit celui qui a un impact fort sur le comportement des jeunes des pays d'Afrique subsaharienne, l'effet des facteurs psychologiques est non négligeable. Ces considérations d'ordre psychologique sont à la base du comportement sexuel puisque les filles comme les garçons justifient souvent leur premier rapport sexuel par la peur de faire l'objet de moqueries de la part de leurs amis. La virginité paraissant alors comme la preuve même de *"l'ignorance, de la naïveté, de la laideur ou du caractère retro"* du jeune (Savage, 1998). Une qualification dont celui-ci est très souvent tenté de s'en débarrasser car trop lourde à porter, trop dévalorisante. La pression des pairs joue ici un rôle fondamental, puisque le jeune ne se sent intégré à un groupe que dans la mesure où il se comporte comme le reste du groupe (Gueye, 2001). L'effet de mode est de mise, et la tentation est trop forte de faire comme les autres. Il arrive que certains jeunes adoptent certains comportements sexuels simplement pour se positionner en leader du groupe, ceci au mépris des risques encourus. D'autre jeunes par contre adoptent un comportement sexuel précoce ou à risque comme réponse à un mal-être ressenti (Savage, 1998). Pour cette catégorie de jeunes particulièrement vulnérables, le sexe parait comme un paradis artificiel où ils se refugient dans l'espoir de se départir de leur malaise, de leur problème (Tchak, 2002). Cet auteur relève également une catégorie de jeunes pour qui l'expérience sexuelle est utile pour se rassurer de bien

"fonctionner", l'incertitude et la curiosité étant pour eux une pression bien trop dure à supporter.

De même une sexualité précoce ou l'adoption des comportements sexuels à risque (multiplicité de partenaires) est souvent liée à une faible estime de soi (Mott, 1996; Savage, 1998). Des études ont ainsi montré qu'une faible estime de soi chez les filles peut entrainer des grossesses précoces non désirées et la prise de risques, tandis que l'amélioration de l'estime de soi contribue plutôt à améliorer leur santé sexuelle (Gueye, 2001 ; Mott, 1996; Savage, 1998).

6. Les facteurs cognitifs (connaissances, conceptions, croyances)

La forte prévalence du VIH/Sida dans les pays d'Afrique subsaharienne y a suscité plusieurs recherches pour étudier les causes de cette forte prévalence. Grâce à ces recherches, d'abondantes informations relatives à la sensibilisation et aux connaissances sur le VIH et le sida, les modes de transmission et de propagation du virus ainsi que les comportements sexuels des jeunes ont été mises à jour (Kaptue, 1998 ; Kayembe, 2001 ; Rwenge, 2000 ; Sallah & al., 1999). Entre autres facteurs, les recherches ont établi que le niveau et la qualité des connaissances des jeunes déterminaient leur comportement sexuel (Gaudreau, 1999 ; Kuaté-Défo, 1998 ; Kayembe, 2001 ; Rwenge, 2000 ; UNICEF, 2004). Très souvent taboue, la sexualité n'est certainement pas le sujet de discussion privilégié en famille encore moins à l'école.

Les jeunes surfent alors sur des connaissances souvent imparfaites ou alors insuffisantes et leur rapport à la sexualité s'en ressent. Une récente étude de l'UNESCO a montré l'incidence de l'éducation à la sexualité sur le comportement sexuel des jeunes. Les principaux résultats de cette étude basée sur une méta-analyse portant sur 87 programmes d'éducation à la sexualité répertoriés dans le monde montrent que : 37% des programmes ont abouti à un recul de l'âge des première relations sexuelles, 31% des programmes ont conduit à une diminution de la fréquence des rapports sexuels, 44% des programmes ont abouti à une diminution du nombre de partenaires sexuels, 40% des programmes ont abouti à une utilisation accrue du préservatif, 40% des programmes ont entraîné une utilisation accrue de la contraception et 53% des programmes ont conduit à une prise de risque sexuel moindre. Plusieurs autres recherches ont abouti à la même conclusion (Kirby, 1992 ; Kirby et al., 1989; Hedgepeth & Helmich, 1996, OMS, 1993; ONUSIDA, 1997). D'autres travaux ont montré que sans instruction ou avec un niveau d'instruction faible, les jeunes avaient significativement moins

tendance à utiliser un préservatif et plus tendance à minimiser les risques liés aux IST et au VIH/Sida comparativement à ceux qui avaient un niveau d'études élevé (Kuaté-Défo, 1998 ; Lalou & Piché, 1994 ; UNICEF, 2004).

Bien que la marge d'inefficacité des programmes soit élevée, il n'en demeure qu'ils montrent un impact significatif de l'accroissement des connaissances sur le comportement sexuel des jeunes et encourage à briser le tabou dans lequel s'émurent la majorité des familles dans le contexte particulier de l'Afrique. En effet ne pas en parler conduit à laisser les adolescents à la merci des sources d'informations souvent de qualité aléatoire à l'instar d'Internet.

Le facteur *"connaissances"* n'est cependant pas suffisant pour permettre aux jeunes d'adopter des comportements sexuels responsables. En effet, d'autres études ont pu montrer l'impact des conceptions individuelles et des croyances socialement véhiculées sur le comportement sexuel des jeunes. En effet, la décision du jeune d'adopter un comportement dépend de la conception qu'il a de son importance pour sa santé. De même la perception que le jeune a de la menace à laquelle il s'expose, des avantages et des inconvénients associés à l'adoption ou non d'un comportement plutôt qu'un autre, sont à la base de sa décision d'agir (Kobelembi, 2005). Ainsi, les jeunes qui considèrent que l'usage du préservatif lors d'un rapport sexuel est synonyme d'un manque de confiance en la fidélité de l'autre, utilise moins ce moyen. De même, ceux qui pensent que l'usage du préservatif réduit le plaisir sexuel sont moins enclins à l'adopter (Kobelembi, 2005 ; Kuate-Deffo, 1998 ; Rwenge, 2000). Longtemps, l'idée que le VIH/Sida était une maladie imaginaire a été véhiculée parmi les jeunes. Ceux qui le considéraient comme une menace réelle l'assimilaient à une malédiction divine visant à punir le comportement sexuel *"libertin"* et *"déviant"* de l'homme. D'autres encore considéraient cette pandémie comme une maladie visant les personnes aux mœurs légères comme les prostitués (Kobelembi, 2005 ; Kuate-Deffo, 1998 ; Rwenge, 2000 ; OMS, 2002 ; Savage, 1998). Même si on note aujourd'hui une amélioration significative de ces conceptions suite aux multiples activités de prévention engagées dans les pays africains depuis le début du siècle, il n'en demeure que ces idées se perpétuent encore chez certains jeunes qui ne perçoivent pas encore pleinement la mesure des risques auxquels ils s'exposent en adoptant un comportement sexuel non responsable.

7. Le cadre institutionnel des pays africains

Parce qu'il réglemente plusieurs aspects de la vie sexuelle, le cadre institutionnel a une influence sur le comportement sexuel des individus, notamment en ce qui concerne l'entrée en

sexualité des adolescents. Très peu d'études ont évalué cet effet des facteurs institutionnels sur le comportement sexuel des individus, nous jugeons à bien des égards important de nous y attarder. En effet, dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, il existe une législation régissant entre autre l'âge légal d'entrée en sexualité et l'âge légal du mariage. Des dispositions légales encadrent un certain nombre d'activités relatives à la vie sexuelle. C'est le cas de l'homosexualité, de l'interruption volontaire de grossesse, de la prostitution, des abus sexuels, de l'atteinte à la pudeur ou aux mœurs…

Alors que l'entrée en sexualité était jadis marquée par des rites initiatiques introduisant la jeune fille ou le jeune garçon dans le groupe des adultes, la société moderne fixe par la loi l'âge de la majorité sexuelle. Cet âge de la majorité sexuelle varie d'un pays à l'autre, passant de 12 ans en Angola à 20 ans en Tunisie [1]. Au Cameroun le législateur n'a pas spécifiquement définit l'âge de la majorité sexuelle, même si en considérant l'âge légal du mariage de la fille fixé à 15 ans, certains auteurs situent cette majorité sexuelle autour du même âge. Si en occident l'âge de la majorité sexuelle est majoritairement respecté, ce n'est malheureusement pas le cas dans les pays d'Afrique (Pettifor, O'Brien, MacPhail, C.Miller & Rees, 2010). Plusieurs raisons peuvent expliquer cela.

D'une part, dans beaucoup de ces pays, coexiste une législation coutumière et une législation moderne (Guinchard, 1978). Ces deux législations ne se subordonnent pas notamment dans certains domaines comme celui du mariage où du partage de l'héritage. Par exemple dans plusieurs pays africain, le mariage traditionnel (ou coutumier) a une symbolique presque égale au mariage civil. En effet, la conception sociale du mariage traditionnel donnent aux couples qui en bénéficient le droit de jouir des prérogatives maritales accordées par le mariage civil, même si exception faite des pays comme le Sénégal (Guinchard, 1978), de tels mariages n'assurent pas aux membres du couple aucune protection juridique prévu par le droit civil relatif au mariage, notamment en matière de divorce ou d'héritage. Au Cameroun par exemple, le code des personnes et de la famille (2008) prévoit dans son article 52, qu'aucun mariage ne peut être célébré si la fille est mineure de 15 ans ou le garçon mineur de 18 ans, ou s'il n'y a pas consentement des époux. Le nouveau code de lois pénales (2006) camerounais considère quant à lui le mariage forcé comme un délit et prévoit des peines d'emprisonnement assorti d'amende pour tout contrevenant. Une peine est aussi prévue pour celui qui donne en mariage une fille mineure de quatorze ans tout comme un garçon mineur de seize ans. Pourtant, cette disposition législative n'est pas systématiquement appliquée, dans la mesure où dans certaines tribus, notamment du nord Cameroun (Abega, 2007), des filles sont mariées

bien avant l'âge de 15 ans selon les us et coutumes de la tribu considérée. Le cas du Cameroun n'est évidement pas isolé, dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne ces dispositions légales demeurent purement symboliques. En effet, si depuis 1990, plusieurs de ces pays ont relevé l'âge légal du mariage (Rwenge, 1999 ; 2000), l'âge moyen au premier mariage des filles est très différent de celui imposé par les prescriptions légales officielles (Ordioni, 2005 ; Prual, 1999).

D'autre part, l'application de la loi relative à la majorité sexuelle ou à l'âge légal du mariage n'est pas systématique dans les situations délictueuses portées à la connaissance des instances judiciaires (UNICEF, 2001). La plupart du temps déjà, les familles dont les enfants mineurs ont des rapports sexuels avec des personnes majeures ou sont mariés contre leur gré ne portent pas plainte. Pourtant, quand on sait qu'une grande part des relations préconjugales, notamment des jeunes filles, implique une fille mineure et un homme majeur, il est clair que le respect du critère tant de la majorité sexuelle que de l'âge légal du mariage pourrait influer significativement sur l'activité sexuelle des jeunes, notamment en reculant l'âge du premier rapport sexuel, l'intensité du rapport sexuel et les comportements sexuels à risque (Rwengue, 1999).

Outre la loi sur la majorité sexuelle et celle de la majorité nuptiale, la majorité des pays d'Afrique subsaharienne ont mis en place d'autres lois pouvant avoir une influence sur le comportement sexuel des jeunes. Au Cameroun plusieurs dispositions du code de lois pénales visent la régulation de la vie sexuelle. Ainsi, l'article 296 traitant du viol prévoit une peine de cinq à dix ans pour celui qui, à l'aide des violences physiques ou morales, contraint une femme, même pubère, à avoir avec lui des relations sexuelles. Cet article bien que protégeant la femme ne va suffisamment pas loin dans la mesure où il n'est pas explicitement fait mention du viol de l'homme. Elle reste conforme à la représentation sociale qui n'envisage pas toujours la possibilité que l'homme puisse être victime d'un viol. Une loi juste devrait sanctionner autant les délits récurrents que ceux jugés rares bien que probables. En outre l'absence d'une législation sur la majorité sexuelle empêche l'usage systématique de cette disposition de l'article 296 à l'endroit des majeurs ayant des rapports sexuels avec des mineurs de moins de 15 ans, ceux-ci pouvant en cas de plainte être tout au plus être coupables de détournement de mineur ou d'outrage privé à la pudeur, mais pas de viol. En outre la notion de consentement est étendue aux mineurs, puisque la loi ne prévoit pas d'exception à leur égard.

Dans la grande majorité des pays africain, l'interruption volontaire de grossesse est prohibée par la loi sauf dans certaines conditions définies par le législateur (Desgrées du Loü, Msellati, Viho & Welffens-Ekra, 1999 ; Guillaume, 2002; 2005). Au Cameroun, l'article 337 du code de lois pénales puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende ou de l'une de ces deux peines seulement, la femme qui fait recours à une interruption volontaire de grossesse. Exception est faite lorsque l'interruption volontaire de grossesse est justifiée par la nécessité de sauver la mère d'un péril grave pour sa santé, en cas de viol après attestation du ministère public sur la matérialité des faits (article 339). Évidement, loin de dissuader les jeunes filles de s'exposer à des grossesses non désirées, cette pénalisation de l'avortement a pour effet de multiplier le recours à des avortements illégaux très souvent pratiqués dans des conditions mettant en danger la vie ou santé sexuelle et reproductive de la jeune fille (Desgrées du Loü, Msellati, Viho & Welffens-Ekra, 1999 ; Guillaume, 2002 ; 2005).

Bien que réglementée par la loi dans la majorité des pays africains, la prostitution est pourtant très présente dans la vie des adolescentes et jeunes filles dans ces pays (Songué, 1986). Les conditions socio-économiques difficiles sont régulièrement avancées pour expliquer cette proximité des jeunes filles avec le milieu de la prostitution (Ankomah & Ford, 1993; Petit & Tchetgnia, 2009 ; Rwenge, 2003). Une fois de plus, malgré l'existence des lois, le comportement sexuel apparait peu encadré. Cet état de chose est également lié à une application faible de la loi. Au Cameroun, l'article 343 du code de lois pénales prévoit une condamnation de six mois à cinq ans de prison et une amende pour toute personne qui se livre habituellement contre rémunération, à des actes sexuels avec autrui. Pourtant malgré les cas multiples et flagrants de prostitution, très peu de personnes sont jugées. On peut constater, à la lumière de la section précédente justifiant le comportement sexuel des jeunes par une adaptation socioéconomique, qu'une application systématique de l'article 343 n'épargnerait pas toutes les jeunes filles qui se livrent à des rapports sexuels avec des personnes plus âgées contre des *"cadeaux"* de natures diverses et notamment financières.

Bien d'autres dispositions législatives ayant directement un impact sur le comportement sexuel des jeunes existent dans les pays africains. Si certaines de ces dispositions méritent d'être révisées pour protéger davantage la vie sexuelle des jeunes, une application effective des dispositions existantes pourraient avoir un effet positif sur le comportement sexuel des jeunes, comme en Suède où la pénalisation des personnes achetant ou tentant d'acheter des services sexuels a conduit à une réduction de la prostitution entre 1996 et 2008 de 13,6% à 7,8% (Government Offices of Sweden, 2010 ; [2]). De même, si beaucoup de pays africains

ont réduit grâce au code la famille les influences coutumières favorables aux mariages précoces, il n'en demeure que les considérations coutumières déterminent encore le comportement sexuel des jeunes dans plusieurs de ces pays.

TROISIÈME PARTIE

APPROCHE PRAGMATIQUE

Chapitre 7
LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE

1. Population cible

La population cible est l'ensemble des éléments sur lesquel porte l'enquête. Elle est définie par les caractéristiques des éléments qui les rendent aptes à participer à l'enquête C'est sur cette population cible que doivent porter les conclusions de l'étude (Berthier, 2008).

Nous avons fait le choix de mener notre recherche simultanément auprès des deux groupes concernés par l'éducation à la sexualité à l'école que sont les élèves et les enseignants. Notre choix ce justifie par le fait que nous avons jugé que pour mieux cerner la problématique de l'éducation à la sexualité au Cameroun, il était nécessaire d'interroger ces deux groupes afin de recueillir leurs conceptions. Les enseignants parce que c'est d'eux que dépend la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité à l'école, et les élèves parce qu'ils sont les principales personnes visées par cette éducation.

Dans le cadre de l'enquête auprès des élèves, ce sont ceux du premier cycle de l'enseignement secondaire qui constituent la population cible. Le critère d'inclusion est d'être régulièrement inscrit dans un établissement d'enseignement public général pour l'année scolaire en cours, et de fréquenter le premier cycle de l'enseignement secondaire. Nous avons fait le choix d'axer notre travail sur les élèves fréquentant les classes de quatrième et de troisième. Officiellement, l'âge d'accès en classe de quatrième est de quatorze ans, et quinze ans pour les élèves de troisième. Mais dans la réalité, il existe beaucoup de dérogations à cet âge légal. On peut ainsi retrouver dans ces classes des élèves dont la différence d'âge par rapport à l'âge légal se situe positivement ou négativement à plus de 3 ans. Nous justifions le choix de cette population par le fait que les élèves de ce niveau scolaire sont en plein âge pubertaire et que la question de la vie sexuelle se pose à eux de manière vive.

Pour ce qui est de l'enquête auprès des enseignants, ce sont ceux du premier cycle de l'enseignement secondaire que nous avons souhaité interroger. Ils interviennent directement auprès d'élèves constituant notre première population cible et sont directement impliqués dans la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité au collège. Le critère d'inclusion pour les

enseignants est d'être enseignant dans un établissement d'enseignement public général pour l'année scolaire en cours, et d'enseigner au premier cycle de l'enseignement secondaire.

2. Échantillonnage

Face aux difficultés pour adopter une méthode d'échantillonnage qui prenne en compte toutes les contraintes liées à la mise en œuvre de l'enquête[48], il a été nécessaire de combiner plusieurs méthodes d'échantillonnage.

Notre approche a été de partir sur la base du découpage administratif du pays en régions, d'effectuer notre échantillonnage, après avoir opéré des choix délibérés en fonction des critères suivants :

- Régions francophones ou anglophones
- Zones urbaines ou rurales
- Établissements publics ou privés
- Enseignement général ou enseignement technique et professionnel

Pour limiter la dispersion de la population cible et donc des déplacements géographiques trop contraignants durant l'enquête, nous avons fait le choix de représenter chaque région par son chef-lieu (Berthier, 2008). Le Cameroun compte dix régions dont deux régions anglophones et huit régions francophones. Notre travail porte sur les régions francophones. Parmi les huit régions francophones, trois régions ont été choisies aléatoirement (tirage au sort) et constituent la base géographique de l'enquête. Le choix a été fait de travailler uniquement en zone urbaine, parce que l'essentiel de notre population cible s'y retrouve. Les zones rurales sont faiblement dotées d'établissements publics secondaires. La majorité des élèves issus de ce milieu doit migrer vers les villes où leurs périphéries pour accéder au niveau scolaire secondaire, ou alors fréquenter dans les collèges privés situés en zone rurale. Le choix a été fait de mener les enquêtes dans les établissements publics pour deux raisons. La première est que les établissements publics encadrent environ 70% des élèves au Cameroun (INS, 2010). La seconde est liée à la très grande dispersion de l'âge des élèves dans les classes des établissements privés. En effet, le processus de recrutement des élèves dans les établissements privés ne met pas un accent majeur sur la limite d'âge pour accéder à un niveau scolaire. Le

[48]Déplacements géographiques, absence d'une liste exhaustive des enseignants, absence d'une liste exhaustive des établissements et du nombre de classe par établissement, très grand nombre d'ethnies dont on ne dispose pas d'une liste exhaustive, difficulté d'assurer la représentativité ethnique, temps et moyens financiers limités…

choix suivant a été de retenir parmi les établissements publics, ceux d'enseignement général ou d'enseignement technique. Nous nous sommes également trouvés confronter à la dispersion des âges dans les établissements publics d'enseignement technique. En effet, les établissements d'enseignement technique accueillent majoritairement des élèves ayant atteint la limite d'âge officielle pour accéder à un établissement d'enseignement public général. Ils sont donc en moyenne plus âgés que les élèves des établissements d'enseignement général qui ont une population d'élèves d'âge plus homogène.

Après avoir opérée ces choix, une liste d'établissements publics d'enseignement général a été établie pour chacune des villes représentant les trois régions sélectionnées. A partir des différentes listes d'établissements établies, nous avons réalisé un tirage au sort d'établissements pour chaque ville. C'est dans ces établissements que l'enquête a été menée. Dans chaque établissement sélectionné, tous les élèves des classes de quatrième et de troisième étaient susceptibles de participer à l'enquête. Huit établissements ont été ainsi sélectionnés pour l'enquête auprès des élèves (voir annexe 4).

En plus des établissements ayant servi de base de sondage pour l'enquête des élèves, seize autres établissements ont été sélectionnés dans les mêmes villes pour y mener l'enquête auprès des enseignants. Soit un total de vingt-quatre établissements (voir annexe 5) comme base de l'enquête auprès des enseignants. Tous les enseignants intervenant au premier cycle de l'enseignement secondaire de ces établissements étant susceptibles de prendre part à l'enquête.

Le graphique ci-dessous représente les différentes articulations de notre plan d'échantillonnage.

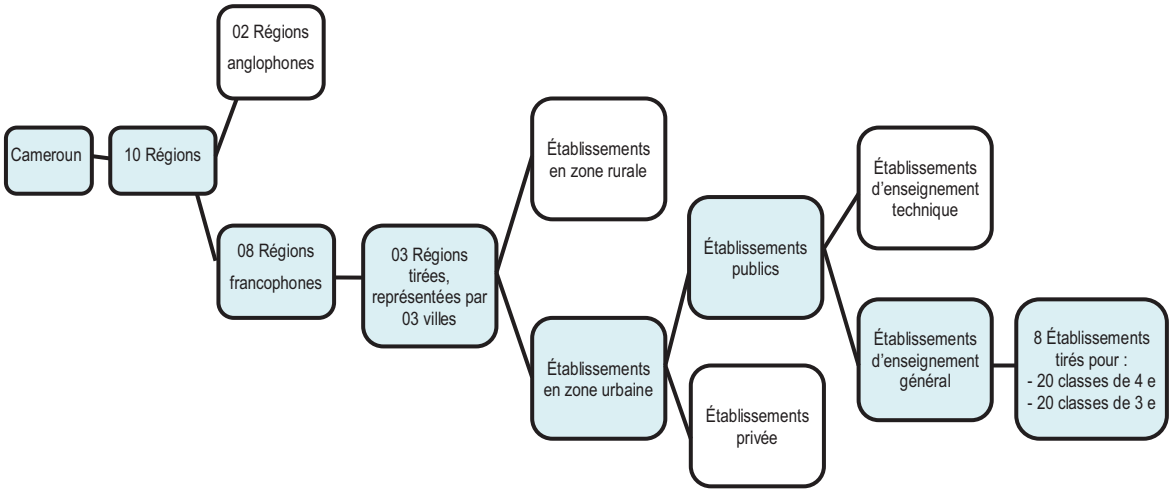


Figure 21 : Ordonnancement de la construction de l'échantillon élèves

3. Le questionnaire

3.1. L'analyse préalable à la conception du questionnaire

Une étape préalable à la réalisation de notre questionnaire a été effectuée, pour nous permettre de prendre en compte, les différents critères susceptibles d'influer sur la qualité de nos résultats. Il s'agissait pour nous de délimiter notre questionnaire et ses contours, et de définir les thèmes devant être au centre de l'enquête afin de trouver les bons indicateurs (De Singly, 2008). Cette étape préalable passe notamment par la conception d'une grille de lecture articulant les objectifs généraux de l'enquête à des sous-objectifs, de manière à ce que le questionnaire qui en découle soit efficient tant dans la nature que dans la qualité des données récoltées.

3.2. L'objectif général de l'enquête

Dans le cadre de la recherche auprès des élèves, l'objectif général est d'analyser les conceptions et les attentes que les élèves ont de l'éducation à la sexualité à l'école. Pour l'enquête auprès des enseignants, cet objectif général est d'analyser les conceptions et les pratiques professionnelles des enseignants en éducation à la sexualité à l'école. L'objectif général est le but visé par la recherche. C'est un objectif de nature englobante qui ne permet pas de définir directement les critères d'évaluation, et donc qui ne nous dit pas clairement quelle information recueillir sur le terrain (Berthier, 2008).

3.3. Les objectifs spécifiques de l'enquête

L'objectif spécifique, qui découle de l'objectif général, donne une idée claire sur la nature de l'information qui doit être recueillie lors de l'enquête. Les objectifs spécifiques dans le cadre de notre recherche nous donnent une idée précise du découpage et de l'articulation de notre questionnaire. Ces objectifs spécifiques ont été formulés de manière la plus simple possible, pour permettre de se faire une idée précise sur la nature des données à collecter.

Pour l'enquête auprès des élèves les objectifs spécifiques retenus sont les suivants :

- Identifier les conceptions que les élèves ont de l'éducation à la sexualité ;
- Identifier le profil des élèves ;
- Déterminer leur expérience en sexualité ;
- Identifier leurs pratiques et leurs attentes en éducation à la sexualité.

Pour l'enquête auprès des enseignants, les objectifs spécifiques retenus sont les suivants :

- Déterminer les conceptions que les enseignants ont de l'éducation à la sexualité à l'école ;
- Identifier le profil des enseignants ;
- Identifier les pratiques professionnelles des enseignants en éducation à la sexualité.

Pour éclairer davantage sur la nature des informations à recueillir, certains objectifs spécifiques ont donnés lieux à des sous-objectifs. Cette analyse nous a, au final, permis d'élaborer les plans de conception de nos questionnaires tel que le synthétise les schémas ci-dessous.

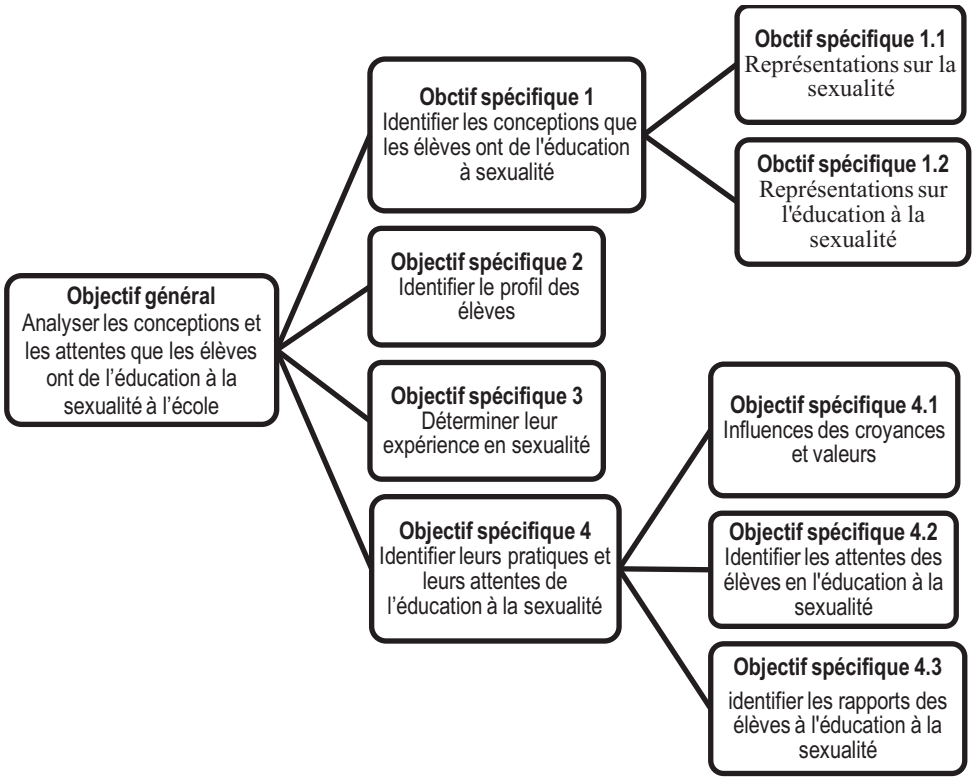


Figure 22 : objectifs visés par le questionnaire élèves

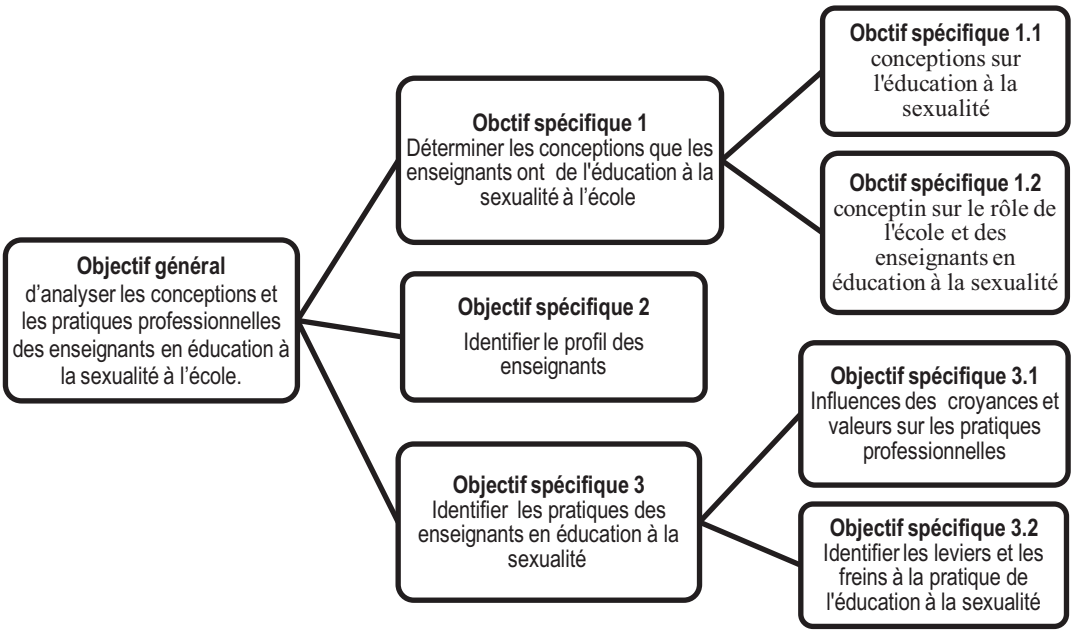


Figure 23 : objectifs visés par le questionnaire enseignants.

3.4. Définition des principaux indicateurs

Suite à la définition des objectifs visés par nos questionnaires, la seconde phase de la conception de nos questionnaires a consisté à déterminer les indicateurs sur lesquels nous appuyer pour mettre en forme notre questionnaire. A cette fin, nous avons eu recours à deux moyens : le recours à la documentation existante et les entretiens exploratoires.

S'agissant du recours à la documentation existante, en plus de nos recherches bibliographiques et de nos lectures, nous avons consulté, dans le cadre de l'enquête des élèves, le questionnaire ayant servi à une enquête sur l'éducation à la sexualité à l'école dans l'académie de Lyon auprès des élèves de quatrième et de troisième des Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA). Ce questionnaire construit à partir de plusieurs questionnaires validés dans des enquêtes internationales a suivi les différentes étapes méthodologiques de validation. La consultation de ce questionnaire éclairée pas nos lectures nous a permis de constituer une première base d'indicateurs pouvant être réutilisés dans le cadre de notre recherche auprès des élèves.

Dans le cadre de l'enquête auprès des enseignants, nous avons consulté également un questionnaire existant ayant servi dans une étude sur les pratiques et les représentations des

enseignants de primaire en éducation à la santé (Jourdan et al., 2002). Comme précédemment, cette consultation nous a permis de constituer une première base d'indicateurs pouvant être réutilisés dans le cadre de notre recherche auprès des enseignants.

Suite à ce travail d'exploitation de la littérature existante, nous avons entrepris d'effectuer des entretiens exploratoires. A cet effet, nous avons effectué un premier séjour au Cameroun entre le 03 décembre 2009 et le 07 janvier 2010. Durant cette période, nous avons rencontrés six enseignants (02 femmes et 04 hommes), et 16 élèves dont huit de la classe de quatrième (03 filles et 05 garçons) et huit de la classe de troisième (04 filles et 04 garçons). Pour chaque classe, nous avons constitué deux focus groupes d'élèves. Pour les enseignants deux focus groupes ont été constitués. La participation des enseignants et des élèves à cette phase exploratoire se basait sur le volontariat, avec la seule restriction que leurs profils devaient correspondre à ceux visés par notre recherche. Les entretiens étaient réalisés sous forme d'un mini focus group où chacun était libre de donner son avis sur le sujet. Aucun canevas d'entretien n'était préalablement établit, celui-ci étant construit au fil du déroulement de l'entretien.

Les entretiens étant enregistrés, nous avons discuté successivement avec les enseignants et les élèves sur les thèmes de la sexualité et de l'éducation à la sexualité à l'école. Notre objectif lors de ces entretiens exploratoires était entre autres de repérer la façon dont ils appréhendent et abordent l'éducation à la sexualité à l'école, les croyances et valeurs qui pouvaient émerger, les réticences ou les facilités qu'ils pouvaient avoir à aborder certains thèmes, et de nous familiariser avec leur langage sur le sujet traité.

Revenu en France au terme de notre enquête exploratoire, une analyse des entretiens exploratoires réalisés nous a permis de compléter notre base initiale d'indicateurs, et nous pouvions alors envisager la construction de nos questionnaires.

3.5. La construction du questionnaire

A partir de nos bases d'indicateurs, nous avons sélectionné les indicateurs les plus pertinents au regard de la littérature pour nos objectifs de recherche que nous avons traduits en question. Ces questions étaient formulées de manière à rester proche du langage aussi bien des enseignants que des élèves, tel que nous l'avons perçu lors de notre enquête exploratoire.

Suite à la construction de notre questionnaire, nous avons entrepris de le tester afin de l'évaluer et d'y apporter si nécessaire des modifications. Cette phase de test c'est effectuée

auprès des enseignants et des élèves du Cameroun ayant les profils de nos populations cibles, au cours de notre second séjour au Cameroun du 09 septembre 2010 au 09 décembre 2010. A l'issue du test de nos questionnaires, nous avons constaté que les enseignants (05 enseignants) comme les élèves (10 élèves) avaient répondu aux questionnaires qui leur avaient été soumis avec une moyenne de 28 minutes pour les enseignants et de 40 minutes pour les élèves. Quelques aménagements ont toutefois été apportés à l'ordre logique des questions du questionnaire des enseignants. Ce test du questionnaire a été effectué la première semaine de notre second séjour au Cameroun.

3.6. Description du questionnaire

3.6.1. Le questionnaire élèves

Le questionnaire élèves (annexe 6) compte 43 questions. Les 17 premières se rapportent aux caractéristiques socioculturelles de l'élève (question 1 à 17), les 5 questions suivantes aux conceptions des élèves sur la sexualité (question 18 à 22), les 17 questions d'après au rapport des élèves à l'éducation à la sexualité et les 4 dernière questions à l'expérience sexuelle des élèves. Plusieurs items se déclinent sous forme d'affirmations pouvant être elles aussi traitées comme des questions à part entière. Les choix des réponses sont majoritairement de type Likert (par exemple : pas d'accord à tout à fait d'accord) qui permet d'analyser plus finement que les réponses binarisées, les dispositions psychologiques des individus telles que les attitudes et les conceptions individuelles (Fenneteau, 2002).

3.6.2. Le questionnaire enseignant

Le questionnaire enseignant (annexe 7) quant à lui comporte 29 questions reparties en cinq sections :

- Les caractéristiques socioculturelles de l'enseignant (questions 1 à 9)
- Les conceptions des enseignants sur l'éducation à la sexualité (questions 10 à 12)
- Les pratiques des enseignants en éducations à la sexualité (questions 13 à 21)
- La formation des enseignants en éducation à la sexualité (questions 22 à 25)
- Le partenariat en éducation à la sexualité (questions 26 à 29)

Les échelles de Likert ont été régulièrement utilisées pour recueillir les conceptions des enseignants sur les questions qui leur étaient soumises.

3.7. Déroulement de l'enquête auprès des élèves

Durant les deux premières semaines de notre second séjour au Cameroun, en même temps que nous testions nos questionnaires, nous avons rencontré les proviseurs des établissements sélectionnés pour l'enquête dans les trois villes afin d'obtenir leur autorisation pour mener notre enquête auprès des élèves. L'accord nous a été donné à chaque fois par les différents responsables d'établissement, qui avaient été mis au courant de notre projet d'enquête bien avant notre arrivée au Cameroun. Ceux-ci mettaient à notre disposition des surveillants généraux afin qu'ils organisent la passation des questionnaires dans les classes et supervisent son bon déroulement selon le protocole programmé. Après que nous ayons obtenus les autorisations nécessaires auprès des responsables, nous avons commencé la passation des questionnaires dans la ville de Bafoussam, puis dans la ville de Douala et enfin dans la ville de Yaoundé. Nous nous sommes personnellement chargés de l'administration du questionnaire auprès des élèves, puisque nous ne disposions ni du temps nécessaire, ni des moyens financiers pour recruter et former des enquêteurs à cette fin. Toutefois l'avantage de passer ce questionnaire personnellement était celui de nous assurer que l'enquête avait lieu dans les mêmes conditions pour tous les enquêtés.

Toutes les enquêtes auprès des élèves ont eu lieu sur le temps de classe, ce qui nous assurait d'avoir tous les élèves de la classe. Les surveillants généraux nous introduisaient auprès des élèves et après nous avoir présentés ils se retiraient en nous laissant souvent en compagnie de l'enseignant intervenant dans la classe sur le créneau horaire retenu pour l'enquête, lequel enseignant avait été au préalable informé de notre venue.

L'objet de l'enquête était présenté aux élèves, après quoi le questionnaire leur était distribué. Le questionnaire était alors rempli sur place par les élèves et récupéré par nos soins au fur et à mesure que les élèves achevaient de le remplir. La durée moyenne pour répondre au questionnaire chez les élèves à été calculée à 45 minutes. Les enquêtes auprès des élèves se sont déroulées entre le 27 septembre et le 09 décembre 2010. Au terme de l'enquête auprès des élèves, nous avons recueilli 3127 questionnaires.

3.8. Déroulement de l'enquête auprès des enseignants

L'enquête auprès des enseignants s'est déroulée sur la même période et dans les établissements sélectionnés à cet effet. Cette enquête auprès des enseignants s'est faite sur la base du volontariat, avec pour unique critère que l'enseignant intervienne au premier cycle.

Elle se déroulait généralement à l'heure de pause dans la *"salle des professeurs"*. L'objet de l'enquête était présenté aux enseignants qui recevaient par la suite un questionnaire à remplir et à remettre sur place. Les responsables d'établissement nous ont laissé libre de la négocier et de la mener. Au terme de l'enquête, nous avons recueilli 373 questionnaires.

4. Préparation des données et analyses statistiques

Suite à la réalisation de notre enquête, nous sommes passés à la phase de traitement et d'analyse des données.

4.1. Préparation des données

4.1.1. Traitement des questionnaires

Dès notre retour en France, nous avons entrepris le traitement des questionnaires recueillis. La première phase du traitement a consisté à analyser la validité des questionnaires. A cet effet, le critère de validité était que les questions valides représentent au moins 85% du poids du questionnaire. Ainsi, lorsque à minima les 85% d'un questionnaire n'avait pas été correctement rempli, le questionnaire était extrait de la base de questionnaires. Au terme de ce premier traitement, 56 questionnaires de la base élèves n'ont pas été validés soit 1,79% des questionnaires élèves non valides. S'agissant des questionnaires des enseignants, 5 questionnaires n'ont pas été validés suite à ce premier traitement, soit 1,34% des questionnaires enseignants non valides.

4.1.2. Codification des questionnaires

Suite à cette phase de validation des questionnaires, nous avons procédé à la codification des questionnaires. Chaque question était transformée en une ou plusieurs variables identifiées par attribution d'un code unique. A chaque modalité d'une question était associée une valeur permettant d'identifier la réponse du répondant. S'agissant des questions ouvertes où les répondants devaient donner un nombre limité de réponses, nous avons procédé à une catégorisation des réponses en fonction des dimensions de la sexualité présentées dans notre cadre conceptuel, chaque fois que la question faisait référence à la sexualité (questions élèves 18, 31, 37). Lorsque la question ouverte pouvait donner lieu à plusieurs réponses sans possibilité de les catégoriser, nous avons traité cette question comme une question à choix multiple en créant autant de variables que de catégories de réponses recensées (questions

élèves 27-2, 28-2, 30 ; questions enseignants 15, 29). Certaines variables numériques comme l'âge ou l'ancienneté de l'enseignant ont été recodées sous forme de classes d'âges ou de classes d'années d'expérience. Afin de gérer d'éventuelles erreurs de saisie, un numéro d'identifiant était affecté à chaque questionnaire.

4.1.3. Saisie des questionnaires

Après l'étape de codification des questionnaires des élèves et de celui des enseignants, nous avons saisi dans deux bases de données distinctes sous Excel 2007 les questionnaires élèves et les questionnaires enseignants. Chaque question était représentée dans la base de données par son code, et la réponse à la question par la valeur correspondant à la modalité choisie.

4.1.4. Validation des bases de données

Suite à la saisie de l'intégralité des questionnaires sous Excel 2007, nous avons procédé à la validation des bases de données obtenues. Cette validation consistait à traquer les erreurs de saisie et les codes aberrants dans les bases de données. Afin d'y parvenir, nous avons procédé à des tris à plat des bases de données à l'aide du logiciel de traitement statistique SPSS 18. Grâce au résultat obtenu, nous pouvions repérer les données erronées et les corriger en nous référant au questionnaire. Cette procédure a été reprise autant de fois que nécessaire sur les deux bases de données, jusqu'à ce que nous obtenions des données valides.

Nous avons procédé ensuite à l'analyse de la qualité du recueil. La courbe de recueil avoisine 100% pour les élèves, mais n'a pas pu être calculée pour les enseignants. L'analyse de la cohérence interne de la base de donnée s'est effectuée en comparant les nombres de réponses questions par question que ce soit pour la base « élèves » ou la base « enseignants » en utilisant comme critère le lieu géographique de passation, le nombre de répondants par site et la répartition des variables indépendantes. Nous avons ensuite comparé nos données aux données de référence disponibles (âge, sexe, classe…).

4.2. Analyses statistiques

La phase de l'analyse statistique nous permet de comprendre et d'expliquer nos données, en essayant autant que possible de mettre en lien les différentes variables. C'est sur la base de cette analyse statistique que nous pourrions évaluer nos hypothèses de recherche et répondre à

nos questions de recherche (Berthier, 2008). A cet effet, nous avons utilisé des tableaux de contingence après avoir défini les variables explicatives.

4.2.1. Les variables indépendantes et les variables dépendantes

Les variables indépendantes sont des variables susceptibles d'agir sur les autres variables. L'objectif de la définition des variables indépendantes est de mettre en évidence leurs effets sur les autres variables.

Les variables dépendantes sont celles qui subissent les effets des variables indépendantes. Elles sont donc plus ou moins expliquées par l'effet des variables indépendantes, raison pour laquelle si on souhaite agir sur une variable dépendante, il est logique d'agir plutôt sur la variable qui l'explique le mieux.

4.2.1.1. Variables indépendantes et dépendantes de l'enquête élèves

Les variables indépendantes retenues pour l'analyse de l'enquête auprès des élèves sont au nombre de dix, parmi lesquelles sept sont directement liées à l'élève (sexe, âge, ville de résidence, classe fréquentée, groupe ethnique, religion, degré de pratique religieuse) et les trois autres aux parents (religion des parents, degré de croyance des parents, niveau d'étude des parents). Les variables liées aux parents ne sont utilisées que lorsque la variable à expliquer implique les parents.

Les variables dépendantes de l'enquête auprès des élèves ont été catégorisées, chaque catégorie incluant plusieurs questions. Quatre catégories de variables dépendantes ont été ainsi définies : les conceptions individuelles des élèves sur la sexualité, l'influence du genre sur les conceptions des élèves, le rapport des élèves à l'éducation à la sexualité, l'expérience sexuelle des élèves (rapport des élèves à la sexualité). Cette catégorisation des variables dépendante nous a permis de prendre en considération un nombre maximum de questions afin de juger de l'effet des variables indépendantes sur un nombre élevé de variables dépendantes de valeur identique.

4.2.1.2. Variables indépendantes et dépendantes de l'enquête enseignants

Pour l'analyse de l'enquête auprès des enseignants, les variables indépendantes sont au nombre de huit : âge, sexe, ville de résidence, groupe ethnique, religion, degré de pratique, matière enseignée, ancienneté.

Les variables dépendantes dans le cadre de l'enquête auprès des enseignants ont été également catégorisées afin de permettre une évaluation de l'effet des variables indépendants sur un maximum de questions. Ainsi quatre variables dépendantes ont été définies dans le cadre de cette enquête : les conceptions individuelles des enseignants sur l'éducation à la sexualité, les pratiques professionnelles des enseignants en éducation à la sexualité, la formation et le niveau de compétence des enseignants en éducation à la sexualité, le partenariat avec les acteurs extérieurs.

4.2.2. Les tableaux de contingences

L'analyse univariée ayant pour objet la description des données, elle ne présente pas un grand intérêt en termes d'analyse des relations pouvant exister entre les données. C'est pourquoi il est nécessaire de faire appel à des analyses plus approfondies comme des analyses bivariées ou multivariées. L'analyse bivariée fait notamment appel aux tableaux de contingences qui est un moyen particulier de représenter simultanément deux ou plusieurs caractères observés sur un même échantillon. Dans le cadre de notre analyse, c'est le tableau d'analyse croisé qui servira de tableau de contingences. L'analyse croisée permet de rassembler dans un même tableau les distributions de fréquence ou d'effectifs de deux ou plusieurs variables. Elle met en lumière des relations dont l'analyse univariée a pu laisser supposer l'existence, et permet « d'examiner si les hypothèses formulées sont acceptables, à comparer la distribution des comportements et opinions entre sous-groupes de répondants, ou encore à faire apparaître des associations entre réponses à des questions qualitatives » (Berthier, 2008).

Toutefois, les tableaux d'analyse croisée ne permettent pas de démontrer l'existence d'une association de deux variables d'un point de vue statistique. C'est pour cette raison que nous faisons appel dans notre analyse au test statistique du Khi-deux pour vérifier le lien entre deux variables. Le test du Khi-deux ne permettant pas d'évaluer l'intensité du lien entre les variables étudiées, nous lui associons le test complémentaire du V de Cramer qui est de nature à quantifier la force d'un lien entre deux variables. L'avantage du V de cramer réside dans le

fait qu'il reste stable si on augmente l'échantillon dans les mêmes proportions inter-modalités, contrairement au Khi-deux donc la valeur varie dans les mêmes conditions.

- **Interprétation du test de Khi-deux et du V de Cramer**

Le Khi-deux permet d'évaluer l'hypothèse d'indépendance entre deux variables encore appelée hypothèse nulle (H_0=0), pour admettre ou non que les deux variables sont liées. Le calcul du Khi-deux par le logiciel d'analyse statistique SPSS 18 détermine le risque p (p-value) qu'on prend à rejeter l'hypothèse d'indépendance alors qu'on ne devrait pas. Si p est faible, inferieur à un seuil de signification statistique choisi (dans notre cas le seuil de signification statistique est fixé à 0,05 soit 5%), alors l'hypothèse d'indépendance (H_0=0) des variables est rejetée et on admet qu'il existe un lien entre les variables (Berthier, 2008). Le khi-deux étant symétrique, les lignes et les colonnes du tableau croisé auquel il s'applique sont interchangeables sans qu'il y ait pour autant une incidence sur la valeur du Khi-deux. Le tableau croisé n'a donc pas a priori de sens de lecture. Il permet de dire si les deux variables sont indépendantes ou pas, mais ne dit pas si c'est la variable colonne qui est dépendante de la variable ligne ou l'inverse. C'est donc relativement à notre objet de recherche que nous optons que la variable colonne a une influence sur la variable ligne ou l'inverse. Dans le cadre de notre recherche, nous considérons de manière générale que la variable colonne est dépendante de la variable ligne.

Lorsque la dépendance des deux variables est établie ($p<0,05$), alors la force du lien est déterminée à l'aide du test complémentaire du V de Cramer. La valeur de V est comprise entre 0 et 1. Plus la valeur de V est proche de 1, plus est grande la force du lien ; et plus la valeur de V est proche de 0, plus est faible la force du lien entre les deux variables étudiées. Dans le cas des grands échantillons, la valeur de p permet toutefois de conclure à une relation statistiquement significative entre les deux variables, lorsque cette valeur est extrêmement faible ($p < 0,01$).

- **Modalité de lecture des tableaux.**

Afin de guider le lecteur dans l'interprétation et la compréhension des tableaux présentés dans nos résultats, nous présentons sur la base d'un exemple les modalités de lecture du tableau.

Le tableau ci-dessous nous donne une répartition des réponses des élèves à l'affirmation « un film porno, c'est un bon moyen pour apprendre » (variable dépendante), suivant le sexe ou le niveau d'instruction (variables indépendantes) des élèves.

Tableau 1 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de l'usage du film pornographique

Facteurs socioculturels	Un film porno, c'est un bon moyen pour apprendre		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***2112***	***933***	***3045***			
	69,4%	***30,6%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	37,7	54,6	42,9	74,730	0,157	0,001
Fille	62,3	45,4	57,1			
Niveau d'instruction						
4ème	40,5	40,6	40,6	0,002	0,001	0,968
3ème	59,5	59,4	59,4			
	100%	**100%**	**100%**			

En considérant la variable sexe, la valeur du khi-deux est de 74,730, une valeur élevée qui permet a priori de rejeter l'hypothèse d'indépendance, c'est-à-dire l'hypothèse que *la réponse de l'élève n'est pas associée à son sexe*. La valeur de $p < 0,05$ ($p = 0,001$) permet de confirmer le rejet de l'hypothèse d'indépendance entre la réponse de l'élève et le sexe de l'élèves, puisque le p nous indique qu'on a une chance sur 1000 (1/0,001) de se tromper en rejetant l'hypothèse. La valeur du V de Cramer ($V = 0,157$) permet d'affirmer que l'association entre la réponse de l'élève et son sexe est significatif.

La lecture des tendances se fait en observant la distribution des fréquences sur la ligne correspondante. La fréquence d'une cellule peut être proche, inférieure ou supérieure à la fréquence de l'échantillon total sur la ligne. Cette fréquence de l'échantillon total correspond à la valeur de référence de la ligne.

Ainsi pour les garçons, on constate qu'ils ont plus tendance à être d'accord (54,6% > 42,9%) qu'à ne pas être d'accord (37,7%< 42,9%).

Pour les filles, on constate qu'elles ont plus tendance à ne pas être d'accord (62,3% >57,1) qu'à être d'accord (45,4% < 57,1%)

Ce qui nous permet de conclure que les garçons ont plus tendance à être d'accord que *« le film porno c'est un bon moyen d'apprendre »* contrairement aux filles qui ont plutôt tendance à ne pas être d'accord.

En considérant la variable niveau d'instruction, la valeur du khi-deux est de 0,002, une valeur très faible qui permet a priori d'admettre l'hypothèse d'indépendance des variables, c'est-à-dire que la réponse des élèves à cette question ne dépend pas de leur niveau d'instruction. La valeur de p >0,05 (p = 0,968) permet de confirmer qu'il y a bien une indépendance des variables, puisque nous avons une chance sur 1,033 (1/0,968) de nous tromper en rejetant cette hypothèse.

La ligne « ensemble » donne la répartition des réponses pour l'ensemble des répondants. Ainsi, dans notre exemple, 69,4% des élèves ne sont pas d'accord avec le fait que « *le film porno est un moyen d'apprendre* », tandis que 30,6% sont d'accord.

4.2.3. L'analyse en composantes principales (ACP)

L'analyse en composantes principales est une méthode d'analyse en statistique descriptive multidimensionnelle qui n'a pas pour préalable l'existence de variables dépendantes et indépendantes, et encore moins une hypothèse nulle à vérifier. Elle permet de traiter simultanément un grand nombre de variables afin de comprendre leur structure d'ensemble en faisant émerger les variables associées. L'ACP propose une représentation géométrique des variables qui permet « d'étudier les structures de liaisons linéaires sur l'ensemble des variables considérées », et de chercher parmi ces variables « quelles sont celles qui sont très corrélées entre elles, celles qui, au contraire ne sont pas corrélées aux autre, etc » (Duby & Robin, 2006, p. 3). L'ACP est menée sur des variables continues de préférence, même si elle peut intégrer quelques variables dichotomiques. Pour être pertinente, elle doit porter sur un nombre conséquent de variables et sur un échantillon considérable.

Dans le cadre de notre recherche, la grande partie des informations recueillies est basée sur une échelle de type Likert. Nous considérons les variables associées comme continues. Les variables qualitatives (groupe ethnique, sexe, religion, …) ne sont par contre pas intégrées dans l'ACP. Nous mènerons une ACP relative à l'enquête auprès des élèves et une autre sur l'enquête auprès des enseignants à partir des bases de données non binarisées. L'objectif étant de faire émerger si possible une classification aussi bien des élèves que des enseignants.

Chapitre 8

PRÉSENTATIONS DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES ÉLÈVES

Afin de garder une cohérence dans l'analyse de nos données, nous ne considèrerons dans nos différentes rubriques, que l'effectif des élèves ayant effectivement répondu à la question. Les élèves n'ayant pas répondu sont ainsi exclus chaque fois des analyses. L'analyse univariée de l'enquête des élèves et présentée en annexe (annexe 8).

1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DES ÉLÈVES

1.1. Caractéristiques sociaux des élèves enquêtés

Le tableau 1 nous présente de façon synoptique la répartition de notre échantillon selon les différents déterminants socioculturels des élèves (sexe, âge, niveau scolaire, ville, groupe ethnique, religion, degré de pratique). Cette répartition ne prend pas en compte les données manquantes, et ne porte donc que sur les données effectivement recueillies pour chaque rubrique.

1.2. Répartition selon le sexe et l'âge

La taille de notre échantillon est de 3071 élèves âgés de 10 à 19 ans. Les filles sont plus représentées dans cet échantillon que les garçons (57,2% vs 42,8%). L'âge moyen des élèves est de 14,26 ans (écart-type : 1,5 ans) et il n'y a pas de différence entre l'âge moyen des garçons et celui des filles (14,29 ans vs 14,23 ans ; $p = 0,160$).

Pour éviter une trop grande dispersion de notre échantillon suivant l'âge, les élèves ont été regroupés en trois groupes. Le groupe des [10-13] ans qui représentent approximativement 31,6% de l'échantillon, le groupe des [14-16] ans qui représentent environ 62,0% de l'échantillon, et enfin le groupe des [17-19] ans qui représentent environ 6,4% de l'échantillon.

La différence entre l'âge minimum et l'âge maximum est de 9 ans pour les classes de troisième (Min=10, Max=19), et de 8 ans pour les classes de quatrième (Min=10, Max=18).

Tableau 16: Répartition (%) des élèves selon les facteurs socioculturels						
Facteurs socioculturels	Garçons	Filles	Total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***1315***	***1756***	***3071***			
	42,8%	***57,2%***	***100%***			
Niveau d'instruction						
4ème	43,3	38,7	40,6	6,603	0,046	0,010
3ème	56,7	61,3	59,4			
Ville						
Bafoussam	35,7	33,2	34,3			
Douala	38,4	34,1	35,9	16,994	0,074	< 0,001
Yaoundé	25,9	32,7	29,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	38,0	38,9	38,5			
Semi-Bantous	57,6	57,3	57,4	0,667	0,015	0,717
Soudanais	4,3	3,8	4,0			
Religion						
Catholique	54,1	56,0	55,2			
Protestant	31,9	31,8	31,8			
Musulman	8,0	5,6	6,6	7,410	0,049	0,06
Autres religions	6,0	6,5	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1280***	***1711***	***2991***			
Peu pratiquant	41,6	34,7	37,6	28,029	0,097	< 0,001
Très pratiquant	58,4	65,3	62,4			
Age						
Ensemble	***1191***	***1605***	***2796***			
[10-13]	31,1	32,0	31,6			
[14-16]	62,6	61,6	62,0	6,577	0,048	0,160
|17-19]	6,4	6,4	6,4			

1.3. Répartition selon la classe fréquentée et la ville

Globalement, presque six élèves sur dix fréquentent la classe de troisième (59,4%), la proportion restante fréquentant la classe de quatrième (40,6%). L'effectif des garçons comme celui des filles est plus élevé en classe de troisième qu'en classe de quatrième (resp. 56,7% vs 43,3% et 61,3% vs 38,7%).

Géographiquement, la région du Littoral que représente la ville de Douala compte plus d'élèves (35,9%) que la région de l'Ouest représentée par la ville de Bafoussam (34,3%), et la région du Centre que représente la ville de Yaoundé (29,8%). Les filles sont presque équitablement reparties dans les trois villes, contrairement aux garçons qui sont plus nombreux dans la ville de Douala ($p < 0,001$; $V = 0,074$).

1.4. Répartition selon le groupement ethnique

D'un point de vue ethnique, notre échantillon est majoritairement composé de Semi-Bantous (57,4%). Ils sont suivis des Bantous (38,5%) et des Soudanais (4,0%). Le groupe ethnique des

Soudanais est faiblement représenté dans l'échantillon. Trois raisons majeures peuvent expliquer ce déséquilibre. La première est le faible taux de scolarisation des membres de ce groupe ethnique, qui fait qu'ils sont faiblement représentés dans les classes. La seconde est l'éloignement géographique des régions abritant les ethnies composant le groupe ethnique des soudanais, des trois régions dans lesquelles ce sont réalisées les enquêtes. La troisième est leur faible taux de migration nationale vers les autres régions. A contrario, la forte représentativité des Semi-bantous est quant à elle due à leur très grande mobilité à travers le territoire national [3].

1.5. Répartition selon la religion pratiquée et le degré de pratique religieuse des élèves

87 % des élèves se déclarent chrétiens (55,2% catholiques, 31,8% protestants). Le reste des élèves se repartit entre musulmans et autres religions (6,6% vs 6,3%). Ce rapport de distribution est à peu près respecté dans la répartition tant des garçons que des filles au sein des différentes religions. On note toutefois la faible représentativité des musulmans qui constituent cependant environ 28% de la population du Cameroun contre environ 32% de catholiques et 27% de protestants. Les musulmans étant en majorité originaires du groupe ethnique des Soudanais, leur faible représentativité dans notre échantillon est tout à fait explicable. En effet le pourcentage de musulmans de notre échantillon est étroitement lié la représentativité des soudanais qui, nous l'avons vu, est faible.

D'un point de vu du degré de pratique de la religion, les élèves se disent majoritairement très pratiquants (62,4%). Les filles sont globalement plus pratiquantes que les garçons (65,3% vs 58,4%), mais cette différence est peu significative ($p < 0,001$; $V = 0,097$).

2. LES CONCEPTIONS INDIVIDUELLES DES ÉLÈVES SUR LA SEXUALITÉ

2.1. Les conceptions autour du mot « sexualité »

Il était demandé aux élèves d'écrire trois mots qu'ils associaient au terme « sexualité ». Un total de 1820 élèves a répondu à la question soit 59,3% de l'effectif général. Les élèves n'ayant pas répondu (1251 élèves, 40,7%) sont exclus de l'analyse ci-après. L'analyse du corpus des mots et expressions proposés par les élèves suivant les cinq composantes de la sexualité (biologique, psychoaffectif, comportementale, morale, sociale/culturelle) présentées dans notre cadre théorique, nous permet d'avoir une idée précise sur l'orientation des conceptions individuelles des élèves qui traduisent un ensemble de représentations sociales.

Globalement, les évocations que les élèves associent au mot « sexualité » se repartissent inégalement entre les différentes dimensions de la sexualité. On note la prévalence de la dimension psychoaffective de la sexualité, représentée par 39,4% des mots donnés par les élèves (amour, affection, sentiment, plaisir, joie, désir, passion…). Elle est suivie de la dimension biologique qui représente 31,5% des mots donnés par les élèves (sexe, appareils génitaux, rapport sexuel, puberté, règles…). La dimension comportementale est représentée à 17,1% (grossesses précoces ou non désirées, avortement, IST/sida, abstinence, préservatif…), tandis que la dimension morale de la sexualité est évoquée par 9,8% des mots recensés (fidélité, infidélité, engagement, responsabilité, irresponsabilité, consentement, respect…). Enfin 2,3% des mots recensés représentent la dimension sociale/culturelle de la sexualité (film pornographique, prostitution, viol, abus sexuel…). La figure 24 ci-dessous présente la synthèse de cette analyse.

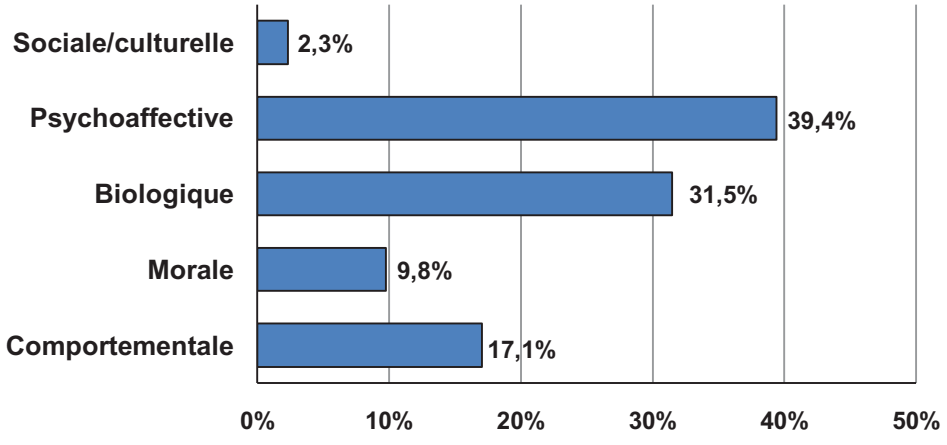


Figure 24 : conceptions des élèves du mot « sexualité » suivant les dimensions de la sexualité.

La figure 25 représente le regroupement des principaux mots énoncés par les élèves (voir annexe 10). Ils sont représentés suivant les différentes dimensions de la sexualité, et classés d'après leur représentativité dans le corpus des mots recensés. Les mots qui apparaissent les plus dans ce corpus de mots donnés par les élèves sont respectivement :

- **dimension comportementale :** grossesses (précoces, non désirées, désirées), abstinence sexuelle, IST/sida, protection (préservatif, prudence), avortement…
- **dimension biologique :** sexe (organe génitaux, pénis, vagin), rapports sexuels (éjaculation, sperme, virginité), reproduction (fécondation, spermatozoïde, ovule, accouchement), puberté (règles, adolescent), excitation (érection), corps (seins, fesses)…
- **dimension psychoaffective :** amour (aimer) plaisir, désir (envie), sentiments, passion, relation amoureuse, embrasser, filles/garçons, amitié…
- **dimension morale :** fidélité, mariage (couple, famille, parents, conjoints), responsabilité (assumer, avenir, conseil, patience), éducation (moralité), adultère (infidélité, fornication), respect (consentement), mauvais (mal, pas bien, malheur, péché, mort)…
- **dimension sociale/culturelle :** pornographie, viol, prostitution (argent), pédophilie, sexisme, abus…

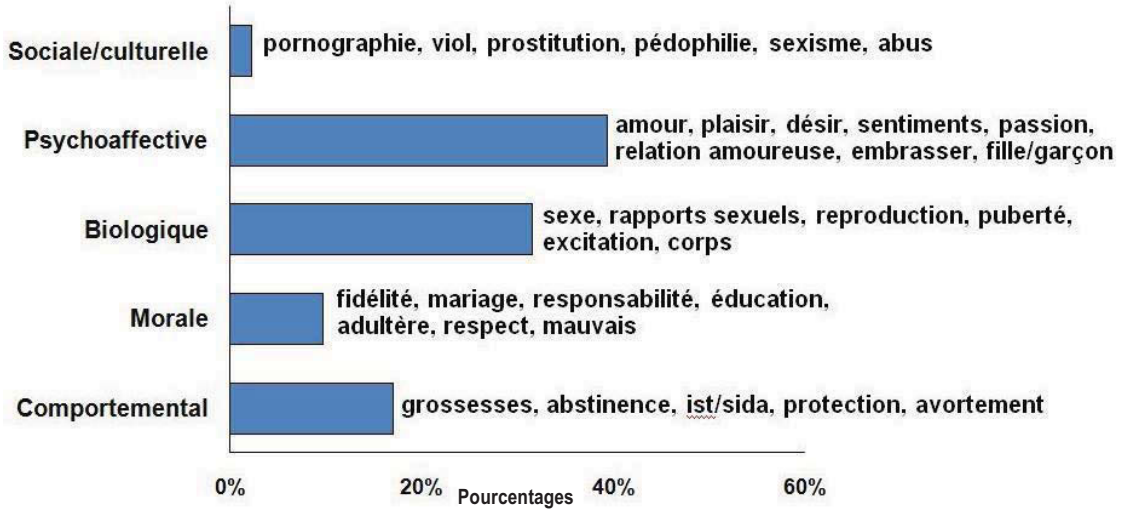


Figure 25 : liste des principaux mots énoncés par les élèves, et constituant les différentes dimensions de la sexualité.

2.2. Analyse des conceptions de la sexualité selon les facteurs socioculturels

Le tableau 17 ci-dessous donne une synthèse de notre analyse en fonctions des différents facteurs socioculturels des élèves.

Globalement, la répartition des élèves suivant leurs conceptions de la sexualité est indépendante de leur sexe ($p = 0,167$), de leur religion ($p = 0,877$) et de leur âge ($p = 0,140$). Toutefois, une différence apparait dans les réponses des élèves lorsqu'on considère les villes de résidences ($p < 0,001$; $V = 0,091$). Ainsi, les élèves résidant dans la ville de Bafoussam ont une conception de la sexualité davantage orientée vers les dimensions comportementale et morale, ceux résidant dans la ville de Douala sont plus ancrés dans les dimensions biologique et sociale/culturelle, tandis que les élèves résidant dans la ville de Yaoundé ont une représentation de la sexualité plus orientée vers la dimension comportementale.

Cette différence d'orientation de la conception de la sexualité est également perçu au niveau de la classe ($p = 0,001$; $V = 0,064$). On n'observe que les conceptions de la sexualité chez les élèves de quatrième sont principalement orientées vers la dimension sociale et biologique de la sexualité et dans une moindre mesure la dimension comportementale, contrairement aux élèves de troisième dont les conceptions de la sexualité sont surtout orientées vers la dimension morale et la dimension psychoaffective. Une différence peu significative des conceptions qu'ont les élèves de la sexualité s'observe d'un groupe ethnique à l'autre ($p = 0,023$; $V = 0,045$). Les élèves originaires du groupe ethnique des Bantous ont une conceptions de la sexualité davantage orientée vers la dimension psychoaffective, ceux originaires du groupe ethnique des Soudanais vers la dimension comportementale et psychoaffective, tandis que les élèves originaires du groupe ethnique des Semi-Bantous ont une représentation de la sexualité plus orientée vers la dimension sociale, la dimension morale et dans une moindre mesure vers la dimension comportementale et la dimension biologique.

Enfin, du point de vue du degré de pratique religieuse, les conceptions de la sexualité qu'ont les élèves peu pratiquants sont orientées vers la dimension morale et dans une moindre mesure la dimension psychoaffective, tandis que les élèves très pratiquants ont des représentations davantage orientées vers la dimension comportementale et la dimension sociale/culturelle, et dans une moindre mesure la dimension biologique. Toutefois, cette différence est peu significative ($p = 0,007$; $V = 0,058$).

Tableau 17 : Répartition (%) des élèves suivant leurs représentations du mot « sexualité » (Nombre de répondants : N=1820)									
Facteurs socioculturels	En trois mots, à quoi vous fait penser le mot « sexualité »					Nombre total de mots suggérés	Khi Carré	V de Cramer	p
	Comporte mentale	Morale	Biologique	Psycho affective	Sociale / culturelle				
Ensemble (mots suggérés)	***738*** ***17,1%***	***422*** ***9,8%***	***1363*** ***31,5%***	***1704*** ***39,4%***	***100*** ***2,3%***	***4327*** ***100%***			
Sexe									
Garçon	42,3	40,8	46,4	43,8	40,0	44,0	6,460	0,039	0,167
Fille	57,7	59,2	53,6	56,2	60,0	56,0			
Niveau d'instruction									
4ème	39,4	32,0	41,6	36,6	45,0	38,4	17,839	0,064	0,001
3ème	60,6	68,0	58,4	63,4	55,0	61,6			
Ville									
Bafoussam	34,8	33,9	27,7	29,2	32,0	30,2	70,929	0,091	< 0,001
Douala	23,3	32,2	40,1	36,9	44,0	35,3			
Yaoundé	41,9	33,9	32,2	34,0	24,0	34,5			
Groupe Ethnique									
Bantous	37,9	37,9	40,1	43,7	34,0	40,8	17,738	0,045	0,023
Semi-Bantous	57,5	59,5	56,5	52,1	63,0	54,4			
Soudanais	4,6	2,6	3,4	4,2	3,0	3,9			
Religion									
Catholique	56,1	57,8	54,7	55,7	64,0	55,9	6,697	0,022	0,877
Protestant	31,3	29,6	31,8	31,2	26,0	31,1			
Musulman	5,8	5,9	6,1	6,9	4,0	6,3			
Autres religions	6,8	6,6	7,3	6,3	6,0	6,7			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***716***	***411***	***1337***	***1674***	***100***	***4238***			
Peu pratiquant	32,1	40,4	35,7	37,8	27,0	36,2	13,990	0,058	0,007
Très pratiquant	67,9	59,6	64,3	62,2	73,0	63,8			
Age Ensemble	***669***	***395***	***1248***	***1605***	***90***	***4007***			
[10-13]	36,6	28,9	35,1	32,8	36,7	33,8	12,244	0,039	0,140
[14-16]	57,4	63,8	59,9	60,6	56,7	60,1			
|17-19]	6,0	7,3	5,0	6,7	6,7	6,1			

2.3. Niveau d'information des élèves en éducation à la sexualité

Lorsqu'on s'intéresse à leur niveau d'information en matière de sexualité, les filles comme les garçons estiment majoritairement avoir peu d'information (59,9% ; p = 0,403). Ce manque d'informations exprimé par les élèves n'est influencé ni par le groupe ethnique (p = 0,414), ni par la religion (p = 0,980) de l'élève, et encore moins par le niveau d'études des parents (p = 0,604).

Toutefois, l'âge des élèves a une influence significative sur leur niveau d'information en matière de sexualité. Plus l'élève est âgé, meilleure est sa perception de son niveau d'information en sexualité (p < 0,001 ; V = 0,101). Même si elle est faible, la classe fréquentée par l'élève a également une influence sur son niveau d'information en matière de sexualité (p < 0,001 ; V = 0,081). Ainsi, les élèves de la classe de quatrième ont plus tendance que les élèves de la classe de troisième à estimer avoir peu d'information sur la sexualité.

Il est remarquable de noter l'influence du degré de pratique religieuse sur le niveau d'information des élèves sur la sexualité ($p < 0,001$; $V = 0,072$). En effet, plus le degré de pratique religieuse de l'élève est élevé, plus l'est son niveau d'information sur la sexualité.

Tableau 18 : Répartition (%) des élèves selon leur niveau d'information en sexualité

Facteurs socioculturels	En matière de sexualité, vous pensez avoir : Peu d'informations	Toutes les informations	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***1834***	***1229***	***3063***			
	59,9%	***40,1%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	43,5	42,0	42,9	0,700	0,015	0,403
Fille	56,5	58,0	57,1			
Niveau d'instruction						
4ème	43,8	35,7	40,5	19,850	0,081	< 0,001
3ème	56,2	64,3	59,5			
Ville						
Bafoussam	34,3	34,2	34,2	6,019	0,044	0,049
Douala	37,4	33,8	35,9			
Yaoundé	28,4	32,1	29,8			
Groupe ethnique						
Bantous	38,3	39,1	38,6			
Semi-Bantous	58,0	56,4	57,4	1,765	0,024	0,414
Soudanais	3,7	4,6	4,0			
Religion						
Catholique	55,2	55,4	55,3			
Protestant	31,8	31,7	31,8	0,186	0,008	0,980
Musulman	6,8	6,4	6,6			
Autres religions	6,2	6,4	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1788***	***1195***	***2983***			
Peu pratiquant	40,5	33,4	37,7	15,633	0,072	< 0,001
Très pratiquant	59,5	66,6	62,3			
Age						
Ensemble	***1648***	***1140***	***2788***			
[10-13]	35,0	26,6	31,6			
[14-16]	59,8	65,2	62,0	28,295	0,101	< 0,001
|17-19]	5,2	8,2	6,4			
Niveau d'études des parents						
Ensemble	***1704***	***1150***	***2854***			
Aucun	1,5	1,0	1,3			
Primaire	4,3	4,1	4,2			
1er cycle secondaire	9,6	8,6	9,2	2,731	0,031	0,604
Second cycle	29,5	29,0	29,3			
Université	55,0	57,3	56,0			

2.4. Intérêt accordé par les élèves au respect des règles religieuses sur la sexualité

A la question de savoir si suivre les principes religieux en matière de sexualité était important ou non, on observe que globalement, près de sept élèves sur dix jugent important le respect des principes religieuses en matière de sexualité (66,1%). Plus le niveau de pratique religieuse des élèves est élevé, plus le respect des règles religieuses sur la sexualité est important pour

eux (p < 0,001 ; V = 0,099). Les filles ont plus tendance que les garçons à accorder un intérêt au respect de ces principes (p < 0,001 ; V = 0,099). Par contre, la nécessité de suivre les principes religieux est partagée par les élèves quelque soit leur classe (p = 0,667), leur groupe ethnique (p = 0,643), leur religion (p = 0,449) et leur âge (p = 0,977). La ville de résidence des élèves n'a qu'une influence marginale sur le fait que les élèves jugent important ou non de suivre les principes religieux en matière de sexualité (p = 0,029 ; V = 0,048)

Tableau 19 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils jugent important ou non de respecter les règles religieuses en sexualité

Facteurs socioculturels	Suivre les principes religieux en matière de sexualité c'est : Peu important	Important	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***1034*** ***33,9%***	***2015*** ***66,1%***	***3049*** ***100%***			
Sexe						
Garçon	49,7	39,4	42,9	29,918	0,099	< 0,001
Fille	50,3	60,6	57,1			
Niveau d'instruction						
4ème	41,0	40,2	40,5	0,185	0,008	0,667
3ème	59,0	59,8	59,5			
Ville						
Bafoussam	32,6	34,9	34,1			
Douala	39,3	34,4	36,0	7,067	0,048	0,029
Yaoundé	28,1	30,7	29,8			
Groupe ethnique						
Bantous	39,7	38,1	38,6			
Semi-Bantous	56,6	57,8	57,4	0,882	0,017	0,643
Soudanais	3,8	4,2	4,0			
Religion						
Catholique	56,6	54,7	55,3			
Protestant	31,6	31,8	31,7	2,647	0,029	0,449
Musulman	6,4	6,7	6,6			
Autres religions	5,4	6,8	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1006***	***1969***	***2975***			
Peu pratiquant	44,2	34,1	37,5	28,997	0,099	< 0,001
Très pratiquant	55,8	65,9	62,5			
Age						
Ensemble	***930***	***1852***	***2782***			
[10-13]	31,2	31,6	31,5			
[14-16]	62,4	62,0	62,1	0,047	0,004	0,977
|17-19]	6,5	6,4	6,4			

Synthèse de l'analyse des conceptions individuelles des élèves sur la sexualité

Les conceptions individuelles des élèves du mot "sexualité" s'articulent autour des cinq dimensions de la sexualité :

- 39,4% des mots suggérés par les élèves ont trait à la dimension psychoaffective.
- 31,5% des mots suggérés par les élèves ont trait à la dimension biologique.
- 17,1% des mots suggérés par les élèves ont trait à la dimension comportementale
- 9,8% des mots suggérés par les élèves ont trait à la dimension morale
- 2,3% des mots suggérés par les élèves ont trait à la dimension sociale/culturelle

Les facteurs socioculturels qui influencent la nature des mots énoncés par les élèves sont, suivant la force du lien, respectivement la ville, la classe, le degré de pratique religieuse, et l'appartenance ethnique. Toutefois, les différences dans les réponses sont peu significatives. Les filles et les garçons ont à peu près les mêmes conceptions du mot "sexualité".

Les élèves sont majoritaires (59,9%) à déclarer n'avoir que peu d'information sur la sexualité. Les facteurs socioculturels qui influencent sur le niveau d'informations des élèves sur la sexualité sont, suivant la force du lien, l'âge, le niveau d'instruction et le degré de pratique religieuse.

Le respect des règles religieuses sur la sexualité est important pour 66,1% des élèves. Les filles ont plus tendance que les garçons à juger ces règles importantes. En dehors du sexe, le degré de pratique religieuse des élèves influence sur les conceptions individuelles des élèves sur cette question. Plus l'élève est pratiquant, plus il est pour le respect des règles religieuses sur la sexualité. De même, les élèves des villes de Bafoussam et de Yaoundé ont plus tendance à être favorables au respect des règles religieuses sur la sexualité.

Le degré de pratique religieuse, le niveau d'instruction et la ville de résidence des élèves, sont les facteurs socioculturels qui influencent régulièrement les conceptions des élèves sur la sexualité, bien que cette influence soit peu significative.

3. INFLUENCE DU GENRE SUR LES CONCEPTIONS INDIVIDUELLES DES ÉLÈVES DE LA RELATION SEXUELLE

Afin d'analyser si le genre des élèves avait une influence sur leurs conceptions individuelles de la sexualité, plusieurs questions ont été posées aux élèves. Nous présentons ci-après, les résultats de leurs réponses.

3.1. Conceptions des élèves de la relation amoureuse

Il a été demandé aux élèves s'ils pensaient qu'une relation amoureuse est une recherche de plaisir ou un sentiment que l'on partage. La très grande majorité des élèves conçoivent la relation amoureuse comme étant davantage un sentiment que l'on partage qu'une simple recherche de plaisir (91,6%). Toutefois, même si cette idée est majoritairement partagée autant par les filles que par les garçons, il n'en demeure pas moins vrai que les garçons ont le plus tendance à penser que la relation amoureuse est d'abord une recherche de plaisir.

Cette différence de conception de la relation amoureuse entre les garçons et les filles reste toutefois faible ($p < 0,001$; $V = 0,076$). C'est aussi le cas du groupe ethnique qui influence faiblement l'idée que se font les élèves de la relation amoureuse. Les Semi-bantous et les Soudanais sont ainsi plus portés à penser la relation amoureuse comme une recherche de plaisir, contrairement aux Bantous qui ont plus tendance à concevoir la relation amoureuse comme un sentiment que l'on partage ($p = 0,018$; $V = 0,051$). Les autres déterminants socioculturels (classe, ville, religion, degré de pratique et âge) n'ont par contre aucune influence sur la conception que les élèves ont de la relation amoureuse. Le tableau 20 présente la synthèse de l'analyse des réponses des élèves au sujet de la relation amoureuse.

3.2. Conceptions des élèves de la relation fille/garçon

Nous avons demandé aux élèves s'ils étaient d'accord ou pas avec le fait que c'est au garçon de faire le premier pas dans une relation amoureuse. Pour un peu plus de huit élèves sur dix, c'est au garçon de faire le premier pas dans une relation amoureuse (81,8%). Toutefois, même si les garçons et les filles s'accordent majoritairement sur cette idée, il existe une différence significative entre leurs réponses ($p < 0,001$; $V = 0,133$). En effet, les garçons ont plus tendance à ne pas être d'accord avec l'idée que ce soit au garçon de faire le premier pas (24%

vs 14%), contrairement aux filles qui ont plus tendance à penser que c'est au garçon de faire le premier pas dans une relation amoureuse (86% vs 76%). La ville de résidence (p < 0,001 ; V = 0,094) et le degré de pratique religieuse (p = 0,006 ; V =0,051) des élèves ont une influence sur leurs réponses. Ainsi, les élèves résidant dans la ville de Bafoussam ont plus tendance à être peu d'accord avec l'idée que ce soit au garçon de prendre l'initiative d'une relation amoureuse, contrairement aux élèves résidant dans les villes de Douala et Yaoundé (p < 0,001 ; V = 0,094). Le tableau 21-1 donne une synthèse de ces résultats.

Tableau 20 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de la relation amoureuse

Facteurs socioculturels	Pour vous une relation amoureuse, c'est d'abord : Une recherche de plaisir	Un sentiment que l'on partage	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***257***	***2790***	***3047***			
	8,4%	***91,6%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	55,3	41,7	42,8	17,693	0,076	< 0,001
Fille	44,7	58,3	57,2			
Niveau d'instruction						
4ème	42,0	40,2	40,4	0,320	0,010	0,572
3ème	58,0	59,8	59,6			
Ville						
Bafoussam	38,1	33,8	34,1			
Douala	35,4	36,2	36,1	2,385	0,028	0,303
Yaoundé	26,5	30,1	29,8			
Groupe ethnique						
Bantous	31,1	39,4	38,7			
Semi-Bantous	63,0	56,8	57,3	7,981	0,051	0,018
Soudanais	5,8	3,9	4,0			
Religion						
Catholique	56,0	55,1	55,2			
Protestant	29,6	32,0	31,8	0,880	0,017	,830
Musulman	7,4	6,6	6,7			
Autres religions	7,0	6,3	6,4			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***244***	***2723***	***2967***			
Peu pratiquant	36,9	37,6	37,7	0,055	0,004	0,815
Très pratiquant	63,1	62,4	62,3			
Age						
Ensemble	***239***	***2538***	***2777***			
[10-13]	29,7	31,5	31,4			
[14-16]	64,4	62,0	62,2	0,581	0,014	0,748
|17-19]	5,9	6,5	6,4			

Tableau 21-1 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de la relation fille/garçon						
Facteurs socioculturels	C'est au garçon de faire le premier pas : Pas d'accord	D'accord	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***549***	***2462***	***3011***			
	18,2%	***81,8%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	56,8	39,8	42,9	53,117	0,133	< 0,001
Fille	43,2	60,2	57,1			
Niveau d'instruction						
4ème	41,7	39,7	40,1	0,770	0,016	0,380
3ème	58,3	60,3	59,9			
Ville						
Bafoussam	43,4	31,9	34,0			
Douala	30,1	37,8	36,4	26,882	0,094	< 0,001
Yaoundé	26,6	30,3	29,6			
Groupe ethnique						
Bantous	35,3	39,7	38,9			
Semi-Bantous	60,3	56,4	57,1	3,698	0,035	0,157
Soudanais	4,4	3,9	4,0			
Religion						
Catholique	56,1	55,2	55,4			
Protestant	30,6	31,8	31,6	2,929	0,031	0,403
Musulman	5,6	6,8	6,6			
Autres religions	7,7	6,1	6,4			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***535***	***2399***	***2934***			
Peu pratiquant	42,8	36,4	37,6	7,373	0,051	0,006
Très pratiquant	57,2	63,6	62,4			
Age						
Ensemble	***488***	***2255***	***2743***			
[10-13]	33,6	30,6	31,2			
[14-16]	60,2	62,8	62,3	1,655	0,025	0,437
[17-19]	6,1	6,6	6,5			

Globalement lorsqu'on demande aux élèves s'ils sont d'accord ou pas d'accord avec l'idée que les garçons ne pensent qu'au sexe, leurs réponses sont mitigées (48,7% vs 51,3%). Toutefois, il y a une différence significative entre les réponses des filles et celles des garçons ($p < 0,001$; $V = 0,212$). En effet, si les filles sont majoritairement d'accord que les garçons ne pensent qu'au sexe (67,6% vs 32,4%), les garçons sont quant à eux majoritairement pas d'accord avec cette idée (53,4% vs 46,6%). Cette tendance n'est influencée par aucun autre facteur socioculturel retenu pour notre analyse. Le tableau 21-2 présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 21-2 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions du rapport des garçons au sexe						
Facteurs socioculturels	Les garçons ne pensent qu'au sexe		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***1552***	***1474***	***3026***			
	51,3%	***48,7%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	53,4	32,4	43,2	136,602	0,212	< 0,001
Fille	46,6	67,6	56,8			
Niveau d'instruction						
4ème	39,7	41,1	40,4	0,635	0,014	0,426
3ème	60,3	58,9	59,6			
Ville						
Bafoussam	35,4	33,1	34,3			
Douala	35,7	36,6	36,2	1,878	0,025	0,391
Yaoundé	28,9	30,3	29,5			
Groupe ethnique						
Bantous	37,2	40,1	38,6			
Semi-Bantous	58,6	56,2	57,4	2,936	0,031	0,230
Soudanais	4,3	3,7	4,0			
Religion						
Catholique	54,8	55,6	55,2			
Protestant	31,6	32,1	31,8	2,702	0,030	0,440
Musulman	6,5	6,7	6,6			
Autres religions	7,1	5,6	6,4			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1505***	***1445***	***2950***			
Peu pratiquant	38,2	37,2	37,7	0,342	0,011	0,559
Très pratiquant	61,8	62,8	62,3			
Age						
Ensemble	***1415***	***1344***	***2759***			
[10-13]	31,0	32,1	31,5			
[14-16]	61,9	62,1	62,0	1,743	0,025	0,418
|17-19]	7,1	5,9	6,5			

Il était demandé aux élèves s'ils sont d'accord ou pas avec le fait que dans un couple c'est au garçon de décider ce qu'on doit faire. Pour la majorité des élèves, ce n'est pas au garçon de décider ce qui doit être fait dans un couple (59,7%). Cette position est significativement soutenue par les filles, contrairement aux garçons qui ont plutôt tendance à être d'accord avec cette idée ($p < 0,001$; $V = 0,197$). C'est aussi le cas des élèves de troisième comparativement à leurs camarades de quatrième ($p < 0,001$; $V = 0,069$), tout comme des élèves originaires du groupe ethnique des Bantous comparativement à leurs camarades originaires des groupes ethniques des Semi-Bantous et des Soudanais ($p < 0,001$; $V = 0,083$). Les élèves de religion musulmane ont plus tendance à être d'accord avec l'idée que ce soit le garçon qui décide dans le couple, contrairement à leurs camarades de religion catholique ou protestante qui n'y sont pas favorables ($p < 0,001$; $V =0,083$). En revanche, les variables comme le degré de pratique religieuse ($p = 0,319$), la ville ($p = 0,098$) et l'âge n'ont pas un effet significatif sur les

conceptions des élèves relatives au rapport de pouvoir entre fille et garçon dans un couple. Le tableau 21-3 ci-dessous présente la synthèse de ces résultats.

Tableau 21-3 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de la gestion du couple

Facteurs socioculturels	Dans un couple, c'est au garçon de décider ce qu'on doit faire		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***1811***	***1220***	***3031***			
	59,7%	***40,3%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	35,0	54,8	43,0	117,60	0,197	< 0,001
Fille	65,0	45,2	57,0			
Niveau d'instruction						
4ème	37,6	44,5	40,4	14,435	0,069	< 0,001
3ème	62,4	55,5	59,6			
Ville						
Bafoussam	34,3	33,9	34,1			
Douala	34,6	38,0	36,0	4,643	0,039	0,098
Yaoundé	31,1	28,1	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	41,6	33,9	38,5			
Semi-Bantous	55,1	61,0	57,4	20,804	0,083	< 0,001
Soudanais	3,4	5,1	4,1			
Religion						
Catholique	56,2	53,7	55,2			
Protestant	32,3	31,3	31,9	10,676	0,059	0,014
Musulman	5,4	8,3	6,6			
Autres religions	6,1	6,7	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1767***	***1189***	***2956***			
Peu pratiquant	38,5	36,7	37,8	0,995	0,018	0,319
Très pratiquant	61,5	63,3	62,2			
Age						
Ensemble	***1654***	***1110***	***2764***			
[10-13]	30,5	33,1	31,5			
[14-16]	62,2	61,6	62,0	5,246	0,044	0,073
|17-19]	7,3	5,3	6,5			

Concernant l'idée que les garçons ne doivent pas exprimer leurs sentiments ni être sensibles, si les élèves ne sont majoritairement pas d'accord (78,4%), les garçons ont néanmoins plus tendance que les filles à être d'accord avec cette idée (p = 0,001 ; V = 0,063). Les élèves de la classe de troisième sont davantage pas d'accord avec cette idée, contrairement à leurs camarades de la classe de quatrième, bien que cette différence ne soit que faiblement significative (p = 0,037 ; V = 0,038). De même, il existe une faible différence dans les réponses des élèves entre les villes. Les élèves des villes de Yaoundé et de Douala ont en effet une légère tendance à ne pas être favorable avec l'idée que les garçons ne doivent pas extérioriser leurs sentiments, contrairement à leurs camarades de la ville de Bafoussam (p =0,013 ; V = 0,054).

Tableau 21-4 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de l'expression du sentiment par les garçons						
Facteurs socioculturels	Les garçons ne doivent pas exprimer leurs sentiments ni être sensible		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***2351***	***647***	***2998***			
	78,4%	***21,6%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	41,5	49,0	43,1	11,711	0,063	0,001
Fille	58,5	51,0	56,9			
Niveau d'instruction						
4ème	39,3	43,9	40,3	4,365	0,038	0,037
3ème	60,7	56,1	59,7			
Ville						
Bafoussam	33,2	38,8	34,4			
Douala	36,1	35,2	35,9	8,664	0,054	0,013
Yaoundé	30,8	26,0	29,7			
Groupe ethnique						
Bantous	38,8	38,0	38,6			
Semi-Bantous	57,4	57,0	57,3	1,784	0,024	0,410
Soudanais	3,8	4,9	4,0			
Religion						
Catholique	54,9	56,7	55,3			
Protestant	31,9	30,9	31,7	0,874	0,017	0,832
Musulman	6,6	6,6	6,6			
Autres religions	6,6	6,6	6,4			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1841***	***1080***	***2921***			
Peu pratiquant	37,5	37,7	37,5	0,008	0,002	0,929
Très pratiquant	62,5	62,3	62,5			
Age						
Ensemble	***1415***	***1344***	***2759***			
[10-13]	31,5	31,5	31,5			
[14-16]	61,9	62,1	62,0	0,010	0,002	0,995
|17-19]	6,5	6,4	6,5			

Interrogés s'ils sont d'accord ou pas que le chagrin d'amour est uniquement une histoire de fille, la majorité des élèves estiment que le chagrin d'amour n'est pas propre qu'aux filles (61,8%). Cette vision est partagée par les filles et les garçons (p = 0,237), quelque soit leur groupe ethnique d'origine (p = 0,566), leur religion (p = 0,171), leur degré de pratique religieuse (p = 0,618) et leur âge (p = 0,209). Les élèves de la classe de troisième ont toutefois plus tendance à affirmer que le chagrin d'amour n'est pas qu'une histoire de fille (p = 0,001, V = 0,060). Le tableau 21-5 présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 21-5 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions du chagrin d'amour						
Facteurs socioculturels	Le chagrin d'amour c'est une histoire de fille		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***1850***	***1143***	***2993***			
	61,8%	***38,2%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	41,9	44,1	42,7	1,401	0,022	0,237
Fille	58,1	55,9	57,3			
Niveau d'instruction						
4ème	37,9	44,0	40,3	10,791	0,060	0,001
3ème	62,1	56,0	59,7			
Ville						
Bafoussam	35,8	31,7	34,2			
Douala	34,6	38,9	36,3	7,158	0,049	0,028
Yaoundé	29,5	29,4	29,5			
Groupe Ethnique						
Bantous	38,1	39,5	38,6			
Semi-Bantous	58,1	56,3	57,4	1,139	0,020	0,566
Soudanais	3,8	4,3	4,0			
Religion						
Catholique	54,6	56,4	55,3			
Protestant	32,4	30,1	31,5	5,005	0,041	0,171
Musulman	6,1	7,6	6,7			
Autres religions	6,8	5,9	6,4			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1806***	***1112***	***2918***			
Peu pratiquant	37,2	38,1	37,6	0,248	0,009	0,618
Très pratiquant	62,8	61,9	62,4			
Age						
Ensemble	***1415***	***1344***	***2759***			
[10-13]	31,4	31,5	31,5			
[14-16]	61,5	63,1	62,1	3,127	0,034	0,209
|17-19]	7,1	5,4	6,4			

Nous avions voulu savoir ce que pensaient les élèves à l'idée qu'avoir des rapports sexuels avec son partenaire est une preuve d'amour. Globalement, plus de sept élèves sur dix estiment qu'avoir des rapports sexuels avec son partenaire n'est pas une preuve d'amour (74,0%). Parmi ces élèves, les filles sont celles qui ont le plus tendance à soutenir cette position, contrairement aux garçons qui sont davantage favorables à l'idée contraire ($p < 0,001$; $V = 0,187$).

La différence de point de vue est aussi perceptible en fonction de la ville de résidence des élèves (p < 0,001), du groupe ethnique d'appartenance (p = 0,004), du degré de pratique religieuse (p = 0,006) et de l'âge des élèves (p =0,016). En effet, les élèves de la ville de Bafoussam sont moins d'accord avec l'idée qu'avoir des rapports sexuels avec son partenaire puisse être considéré comme une preuve d'amour, contrairement à leurs camarades des villes de Douala et de Yaoundé. Cette vision est aussi partagée par les élèves originaires du groupe ethnique des Semi-Bantous contrairement à leur camarades originaires des groupes ethniques de Bantou et des soudanais.

De même les élèves ayant une forte pratique religieuse ont plutôt tendance à récuser l'idée que les rapports sexuels soient considérés comme une preuve d'amour contrairement aux élèves ayant un faible degré de pratique religieuse qui ont tout à fait tendance à penser le contraire. Enfin, plus les élèves sont jeunes ([10-13] ans) et moins ils ont tendance à adhérer à cette idée. Le tableau 21-6 présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 21-6 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions du rapport sexuel comme preuve d'amour

Facteurs socioculturels	Avoir des rapports sexuels avec son partenaire, c'est une preuve d'amour		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***2236***	***787***	***3023***			
	74,0%	***26,0%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	37,3	58,4	42,8	105,900	0,187	< 0,001
Fille	62,7	41,6	57,2			
Niveau d'instruction						
4ème	39,9	41,3	40,3	0,477	0,013	0,490
3ème	60,1	58,7	59,7			
Ville						
Bafoussam	36,4	29,0	34,5			
Douala	34,3	40,9	36,0	16,531	0,074	< 0,001
Yaoundé	29,3	30,1	29,5			
Groupe Ethnique						
Bantous	37,1	42,3	38,5			
Semi-Bantous	59,2	52,6	57,5	11,132	0,061	0,004
Soudanais	3,7	5,1	4,1			
Religion						
Catholique	54,7	57,2	55,3			
Protestant	32,5	29,6	31,8	3,991	0,036	0,262
Musulman	6,3	7,5	6,6			
Autres religions	6,5	5,7	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***2174***	***774***	***2948***			
Peu pratiquant	36,3	41,9	37,8	7,530	0,051	0,006
Très pratiquant	63,7	58,1	62,2			
Age						
Ensemble	***2037***	***717***	***2754***			
[10-13]	32,7	27,6	31,4			
[14-16]	61,3	64,4	62,1	8,330	0,055	0,016
|17-19]	6,0	7,9	6,5			

S'agissant du choix d'utiliser un préservatif lors d'un rapport sexuel, plus de quatre élèves sur dix estiment qu'une fille qui en fait la proposition est une « habituée », elle a l'habitude des rapports sexuels (45,1%). Sans surprise, les filles ont tendance à se positionner contre cette idée contrairement aux garçons (p < 0,001 ; V = 0,066). C'est aussi le cas des élèves de la classe de troisième contrairement à ceux de la classe de quatrième (p < 0,001 ; V = 0,068). Globalement, l'âge (p = 0,119), la religion (p = 0,439) et le degré de pratique religieuse (p = 0,570) n'ont aucune influence sur le positionnement des élèves vis-à-vis de cette idée. Le tableau 21-7 ci-dessous présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 21-7 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de la fille qui prend l'initiative de la protection d'un rapport sexuel

Facteurs socioculturels	Une fille qui propose un préservatif est une « habituée »		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***1653***	***1360***	***3013***			
	54,9%	***45,1%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	40,2	46,7	43,1	12,940	0,066	< 0,001
Fille	59,8	53,3	56,9			
Niveau d'instruction						
4ème	37,3	44,0	40,4	13,990	0,068	< 0,001
3ème	62,7	56,0	59,6			
Ville						
Bafoussam	32,6	36,2	34,2			
Douala	34,7	37,1	35,8	12,878	0,065	0,002
Yaoundé	32,7	26,7	30,0			
Groupe Ethnique						
Bantous	41,2	35,7	38,7			
Semi-Bantous	55,3	59,6	57,3	10,547	0,059	0,005
Soudanais	3,5	4,6	4,0			
Religion						
Catholique	56,0	54,0	55,2			
Protestant	31,9	31,9	31,9	2,706	0,030	0,439
Musulman	6,1	7,1	6,5			
Autres religions	6,0	6,9	6,4			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1615***	***1323***	***2938***			
Peu pratiquant	37,2	38,2	37,6	0,322	0,010	0,570
Très pratiquant	62,8	61,8	62,4			
Age						
Ensemble	***1521***	***1231***	***2752***			
[10-13]	31,4	31,4	31,4			
[14-16]	61,2	63,1	62,1	4,259	0,039	0,119
|17-19]	7,4	5,4	6,5			

Lorsqu'on leur demande si le film pornographique est un moyen de s'initier à la sexualité, près de sept élèves sur dix (69,4%) disent ne pas considérer le film pornographique comme un moyen d'apprendre la sexualité. Les filles soutiennent plus cette position que les garçons qui ont plutôt tendance à accorder une importance significative au caractère éducatif du film pornographique (p < 0,001 ; V = 0,157). Lorsque les élèves habitent la ville de Yaoundé ou de

Douala, ils sont plutôt favorables à l'idée que le film pornographique à un caractère éducatif, contrairement aux élèves de la ville de Bafoussam qui ont plutôt tendance à soutenir le contraire ($p < 0,001$; $V = 0,084$). Un constat similaire est fait lorsqu'on considère d'une part les groupes ethniques des Bantous et des Soudanais, et d'autre part le groupe ethnique des Semi-Bantous ($p < 0,001$; $V = 0,116$), ou lorsqu'on considère les élèves les moins âgés ([10-13] par rapport à leurs camarade plus âgés ($p = 0,018$; $V = 0,054$). Les autres déterminants socioculturels n'ont quant à eux aucune influence sur les réponses des élèves. Le tableau 21-8 donne une synthèse de ces résultats.

Tableau 21-8 : Répartition (%) des élèves selon leurs conceptions de l'usage du film pornographique

Facteurs socioculturels	Un film porno, c'est un bon moyen pour apprendre		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***2112***	***933***	***3045***			
	69,4%	***30,6%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	37,7	54,6	42,9	74,730	0,157	< 0,001
Fille	62,3	45,4	57,1			
Niveau d'instruction						
4ème	40,5	40,6	40,6	0,002	0,001	0,968
3ème	59,5	59,4	59,4			
Ville						
Bafoussam	36,8	28,5	34,3			
Douala	33,8	40,4	35,8	21,430	0,084	< 0,001
Yaoundé	29,4	31,1	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	35,5	45,2	38,5			
Semi-Bantous	61,2	49,1	57,5	41,041	0,116	< 0,001
Soudanais	3,4	5,7	4,1			
Religion						
Catholique	55,2	55,3	55,2			
Protestant	32,3	30,8	31,8	4,324	0,038	0,229
Musulman	6,0	7,9	6,6			
Autres religions	6,5	6,0	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***2055***	***911***	***2966***			
Peu pratiquant	37,3	38,3	37,6	0,261	0,009	0,609
Très pratiquant	62,7	61,7	62,4			
Age						
Ensemble	***1907***	***866***	***2773***			
[10-13]	33,3	27,9	31,6			
[14-16]	60,6	65,0	62,0	8,063	0,054	0,018
|17-19]	6,1	7,0	6,4			

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE L'INFLUENCE DU GENRE SUR LES CONCEPTIONS INDIVIDUELLES DES ÉLÈVES DE LA RELATION SEXUELLE

Plus de neuf élèves sur dix (91,6%) estiment qu'une relation amoureuse est plus un sentiment que l'on partage qu'une recherche de plaisir. Les filles ont plus tendance que les garçons à adhérer à cette conception de la relation amoureuse.

De même, si les élèves sont 81,8% à s'accorder à l'idée que c'est au garçon de faire le premier pas dans une relation amoureuse, ce sont également les filles qui ont tendance à soutenir cet avis.

Les élèves adoptent une position mitigée à l'idée que les garçons ne pensent qu'au sexe. En effet, 51,3% ne sont pas d'accord contre 48,7% qui sont d'accord. Une fois de plus, les filles pensent différemment des garçons, puisqu'elles ont majoritairement tendance à être d'accord avec le fait que les garçons ne pensent qu'au sexe.

Si 59,7% des élèvent ne conçoivent pas que ce soit au garçon de décider de ce qui doit être fait dans le couple, les garçons ont toutefois plus tendance que les filles à penser le contraire.

Dans la même lancée, même si peu d'élèves (21,6%) sont d'accord avec l'idée que les garçons ne doivent pas exprimer leur sentiments, ni être sensible, les garçons ont plus tendance à soutenir cette position que les filles

Pour 38,2% des élèves, le chagrin d'amour est une histoire de filles. Les filles et les garçons pensent pareillement sur cette question.

Si les élèves sont peu nombreux (26%) à être d'accord avec l'idée qu'avoir des rapports sexuels avec son partenaire, c'est une preuve d'amour, les garçons ont toutefois plus tendance à soutenir cette idée contrairement aux filles qui ont plus tendance à soutenir le contraire.

Pour 45,1% des élèves, une fille qui prend l'initiative de proposer un préservatif est une "habituée" du sexe. Les garçons ont plus tendance à concevoir cela que les filles qui pensent davantage le contraire.

Enfin, 30,6% des élèves sont d'accord avec le fait que le film pornographique est un bon moyen d'initiation à la sexualité. C'est une conception à laquelle les garçons ont tendance à adhérer, alors que les filles sont majoritairement contre.

Le genre a ainsi une influence prononcée sur la relation entre les filles et les garçons.

4. RAPPORT DES ÉLÈVES A L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

4.1. Conception des élèves sur l'éducation à la sexualité à l'école

Lorsqu'on demande aux élèves s'ils pensent que parler de sexualité à l'école avec les adultes (enseignant, éducateurs…) est utile ou pas, la très grande majorité des élèves estiment que c'est utile de débattre de la sexualité à l'école avec les adultes (82,7%). Cette tendance est observée quelque soit la ville de résidence des élèves ou leur religion (resp. $p = 0,156$ et $p = 0,328$). Par contre il existe une différence de réponse des élèves relativement aux autres déterminants socioculturels. En effet, les garçons ont plus tendance à penser que l'éducation à la sexualité à l'école est peu utile contrairement aux filles, tandis que les filles ont plus tendance à penser que cette éducation est utile ($p < 0,001$; $V = 0,076$).

De même, les élèves de la classe de quatrième sont plus nombreux à juger inutile l'éducation à la sexualité à l'école alors que les élèves de troisième sont majoritaires à penser le contraire ($p < 0,001$; $V = 0,074$). Cette différence de conception apparaît également au niveau des groupes ethniques. On peut observer que les élèves originaires du groupe ethnique des Bantous ont plus tendance à penser que l'éducation à la sexualité à l'école est utile contrairement aux élèves des groupes ethniques Semi-Bantous et Soudanais qui contribuent le plus à la constitution du groupe d'élèves qui jugent inutile cette éducation à l'école ($p < 0,001$; $V = 0,085$).

D'autres différences apparaissent également entre le groupe des élèves peu pratiquants et celui des élèves très pratiquants. Le premier groupe a en effet plus tendance à considérer comme inutile l'éducation à la sexualité à l'école, contrairement aux élèves très pratiquants ($p = 0,019$; $V = 0,043$). Enfin, plus les élèves sont jeunes, et moins ils jugent l'éducation à la sexualité à l'école utile ($p =0,001$; $V = 0,073$). Le tableau 22-1 présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 22-1 : Répartition (%) des élèves selon l'intérêt qu'ils trouvent à ce que soit débattue la sexualité à l'école						
Facteurs socioculturels	A votre avis, parler de sexualité à l'école avec des adultes (enseignants, éducateurs…) c'est : Peu utile	Utile	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***531***	***2533***	***3064***			
	17,3%	***82,7%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	51,0	41,1	42,8	17,708	0,076	< 0,001
Fille	49,0	58,9	57,2			
Niveau d'instruction						
4ème	48,6	39,0	40,6	16,848	0,074	< 0,001
3ème	51,4	61,0	59,4			
Ville						
Bafoussam	34,8	34,0	34,1			
Douala	38,6	35,5	36,0	3,714	0,035	0,156
Yaoundé	26,6	30,6	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	29,9	40,3	38,5			
Semi-Bantous	64,4	55,9	57,4	21,884	0,085	< 0,001
Soudanais	5,6	3,7	4,0			
Religion						
Catholique	53,5	55,6	55,3			
Protestant	31,3	31,9	31,8	3,448	0,034	0,328
Musulman	7,3	6,5	6,6			
Autres religions	7,9	6,0	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***517***	***2468***	***2985***			
Peu pratiquant	42,2	36,7	37,6	5,504	0,043	0,019
Très pratiquant	57,8	63,3	62,4			
Age						
Ensemble	***483***	***2309***	***2792***			
[10-13]	38,1	30,2	31,6			
[14-16]	58,0	62,8	62,0	14,942	0,073	0,001
|17-19]	3,9	6,9	6,4			

Après s'être prononcés positivement pour l'éducation à la sexualité à l'école, les élèves sont aussi majoritairement convaincus que si cette éducation est réalisée à l'école, elle pourrait leur permettre de prévenir des problèmes de santé ultérieurs (80,7%). Aucune différence significative n'est d'ailleurs relevée dans leurs réponses quelque soit la caractéristique sociale des élèves. Le tableau 22-2 présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 22-2 : Répartition (%) des élèves selon l'idée qu'ils se font de l'impact de l'éducation à la sexualité sur leur santé future						
Facteurs socioculturels	L'éducation à la sexualité à l'école peut permettre de prévenir des problèmes de santé ultérieurs		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***578***	***2423***	***3001***			
	19,3%	***80,7%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	44,8	42,8	43,2	0,770	0,016	0,380
Fille	55,2	57,2	56,8			
Niveau d'instruction						
4ème	43,1	39,9	40,5	1,998	0,026	0,158
3ème	56,9	60,1	59,5			
Ville						
Bafoussam	36,0	33,3	33,9			
Douala	37,7	35,6	36,0	5,089	0,041	0,078
Yaoundé	26,3	31,1	30,2			
Groupe ethnique						
Bantous	39,8	38,4	38,7			
Semi-Bantous	55,9	57,6	57,2	0,578	0,014	0,749
Soudanais	4,3	4,0	4,1			
Religion						
Catholique	54,2	55,5	55,2			
Protestant	32,0	31,7	31,8	0,893	0,017	0,827
Musulman	6,7	6,6	6,7			
Autres religions	7,1	6,1	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***564***	***2359***	***2923***			
Peu pratiquant	38,8	37,2	37,5	0,504	0,013	0,478
Très pratiquant	61,2	62,8	62,5			
Age						
Ensemble	***537***	***2208***	***2745***			
[10-13]	31,5	31,5	31,5			
[14-16]	63,3	61,8	62,1	1,648	0,025	0,439
|17-19]	5,2	6,7	6,4			

Lorsqu'on demande aux élèves s'ils sont d'accord ou pas avec l'idée que l'école à un rôle à jouer dans l'épanouissement des élèves dans le domaine de la sexualité, globalement, 57,2% des élèves sont plutôt favorables à cette idée. La réponse des élèves est toutefois différente si l'on considère leur âge. En effet, plus les élèves sont jeunes, plus ils ont tendance à penser que l'école n'a pas un rôle à jouer dans leur épanouissement sexuel ($p = 0,002$; $V = 0,068$).

C'est aussi le cas, lorsqu'on se réfère aux classes fréquentées par les élèves. Contrairement aux élèves de la classe de troisième, ceux de la classe de quatrième ont plus tendance à ne pas être d'accord avec l'idée que l'école intervienne dans la sexualité de l'élève ($p < 0,001$; $V = 0,081$). Les autres facteurs sociaux n'ont par contre pas d'influence sur la réponse des élèves.

Le tableau 22-3 présente une synthèse globale de ces résultats.

Tableau 22-3 : Répartition (%) des élèves selon la place qu'ils attribuent à l'école dans leur éducation à la sexualité						
Facteurs socioculturels	C'est l'un des rôles de l'école que de contribuer à l'épanouissement de l'enfant dans le domaine de la sexualité		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***1265***	***1694***	***2959***			
	42,8%	***57,2%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	43,7	42,8	42,9	0,248	0,009	0,618
Fille	56,3	57,2	57,1			
Niveau d'instruction						
4ème	45,1	37,0	40,5	19,132	0,081	< 0,001
3ème	54,9	63,0	59,5			
Ville						
Bafoussam	32,1	35,0	33,8			
Douala	38,2	34,4	36,0	4,962	0,041	0,084
Yaoundé	29,7	30,6	30,2			
Groupe ethnique						
Bantous	37,1	40,7	39,1			
Semi-Bantous	58,5	55,4	56,7	4,031	0,037	0,133
Soudanais	4,4	4,0	4,2			
Religion						
Catholique	54,9	55,9	55,5			
Protestant	31,1	32,0	31,6	3,100	0,032	0,377
Musulman	7,6	6,0	6,7			
Autres religions	6,4	6,1	6,2			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1232***	***1651***	***2883***			
Peu pratiquant	39,0	36,7	37,7	1,614	0,024	0,200
Très pratiquant	61,0	63,3	62,3			
Age						
Ensemble	***1142***	***1565***	***2707***			
[10-13]	34,2	29,6	31,5			
[14-16]	60,9	62,8	62,0	12,384	0,068	0,002
|17-19]	4,9	7,6	6,5			

Globalement, six élèves sur dix déclarent que l'éducation à la sexualité des enfants concerne autant l'école que la famille (60%). Les filles et les garçons pensent pareillement (p = 0,703) quelque soit leur ville de résidence (p = 0,122), leur groupe ethnique (p = 0,640), leur religion (p = 0,973) et leur degré de pratique religieuse (p = 0,065). Une légère différence apparait toutefois dans les réponses des élèves en fonction de leur âge et de leur niveau d'instruction. Ainsi, contrairement aux élèves de troisième, les élèves de la classe de quatrième ont tendance à ne pas être d'accord avec l'idée que cette éducation concerne autant l'école et les parents (p < 0,001 ; V = 0,065). De même, les élèves les moins âgés ([10-13] ans) ont tendance à être en désaccord avec cette idée alors que les élèves des deux autres groupes d'âges en sont parfaitement d'accord (p = 0,022 ; V = 0,053). Le tableau 22-4 donne une synthèse de ces résultats.

Tableau 22-4 : Répartition (%) des élèves selon l'idée qu'ils se font d'une prise en charge simultanée de leur éducation à la sexualité par l'école et la famille						
Facteurs socioculturels	L'éducation à la sexualité des enfants concerne autant l'école que les parents		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***1207***	***1811***	***3018***			
	40,0%	***60,0%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	43,3	42,6	42,9	0,146	0,007	0,703
Fille	56,7	57,4	57,1			
Niveau d'instruction						
4ème	44,6	38,0	40,7	12,793	0,065	< 0,001
3ème	55,4	62,0	59,3			
Ville						
Bafoussam	32,0	35,3	34,0			
Douala	37,7	34,7	35,9	4,214	0,037	0,122
Yaoundé	30,3	29,9	30,1			
Groupe ethnique						
Bantous	39,2	38,4	38,7			
Semi-Bantous	57,2	57,3	57,2	0,892	0,017	0,640
Soudanais	3,6	4,3	4,0			
Religion						
Catholique	54,8	55,4	55,2			
Protestant	32,3	31,5	31,8	0,225	0,009	0,973
Musulman	6,5	6,7	6,7			
Autres religions	6,3	6,3	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1174***	***1767***	***2941***			
Peu pratiquant	39,5	36,2	37,5	3,398	0,034	0,065
Très pratiquant	60,5	63,8	62,5			
Age						
Ensemble	***1116***	***1642***	***2758***			
[10-13]	33,8	29,9	31,5			
[14-16]	61,0	62,9	62,1	7,678	0,053	0,022
[17-19]	5,2	7,2	6,4			

Il était demandé aux élèves s'ils sont d'accord ou pas que l'éducation à la sexualité relève exclusivement de l'éducation familiale. Dans l'ensemble, les élèves ne sont pas favorables à une exclusivité familiale de l'éducation à la sexualité. Ils sont en effet 54,1% à n'être pas d'accord avec cette idée. Ce point de vue des élèves ne diffère pas quelque soit le facteur socioculturel considéré. La synthèse de ces résultats est présentée dans le tableau 22-5.

Tableau 22-5 : Répartition (%) des élèves selon l'idée qu'ils se font d'une éducation à la sexualité des enfants exclusivement par la famille						
Facteurs socioculturels	L'éducation à la sexualité relève exclusivement de l'éducation familiale		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***1601***	***1356***	***2957***			
	54,1%	***45,9%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	44,6	41,7	43,3	2,441	0,029	0,118
Fille	55,4	58,3	56,7			
Niveau d'instruction						
4ème	40,5	40,3	40,4	0,006	0,001	0,940
3ème	59,5	59,7	59,6			
Ville						
Bafoussam	35,7	32,0	34,0			
Douala	35,6	36,7	36,1	4,788	0,040	0,091
Yaoundé	28,7	31,3	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	39,0	38,6	38,8			
Semi-Bantous	57,7	56,4	57,1	4,629	0,040	0,099
Soudanais	3,4	4,9	4,1			
Religion						
Catholique	55,3	55,2	55,3			
Protestant	31,7	31,4	31,6	0,128	0,007	0,988
Musulman	6,6	6,8	6,7			
Autres religions	6,3	6,6	6,4			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1561***	***1321***	***2882***			
Peu pratiquant	38,2	36,6	37,4	0,799	0,017	0,371
Très pratiquant	61,8	63,4	62,6			
Age						
Ensemble	***1460***	***1249***	***2709***			
[10-13]	32,5	30,1	31,4			
[14-16]	61,0	63,3	62,1	1,857	0,026	0,395
|17-19]	6,4	6,6	6,5			

Interrogée sur la légitimité de l'enseignant à intervenir auprès des élèves dans le domaine de la sexualité, la grande majorité des élèves (75,6%) s'accorde sur le fait que l'enseignant a le droit d'intervenir dans l'éducation à la sexualité des élèves. Une faible différence existe néanmoins entre les filles et les garçons (p = 0,047 ; V = 0,036). En effet, les filles ont plus tendance à accepter l'idée que l'enseignant puisse donner à l'école des directives aux élèves dans le domaine de la sexualité, alors que c'est l'inverse chez les garçons.

De même les réponses données par les élèves diffèrent en fonction de la classe fréquentée. Ainsi, les élèves de quatrième ont une propension à être d'accord avec le fait que l'enseignant n'a pas le droit d'intervenir dans l'éducation sexuelle des élèves, tandis que c'est tout à fait le contraire chez les élèves de quatrième (P < 0,001 ; V = 0,074). Cette différence de réponse s'observe également d'une ville à l'autre. Si les élèves résidant dans la ville de Douala ont plutôt tendance à n'être pas d'accord sur l'implication des enseignants dans l'éducation

sexuelle des élèves, ceux de Yaoundé et de Bafoussam sont quant à eu plutôt en accord avec cette idée (p = 0,008 ; V = 0,058). La synthèse de ces résultats est présentée par le tableau 22-6.

Tableau 22-6 : Répartition (%) des élèves selon la place qu'ils accordent à l'enseignant comme acteur de leur éducation à la sexualité

Facteurs socioculturels	Un enseignant n'a pas le droit de donner des directives dans le domaine de la sexualité		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***2264***	***731***	***2995***			
	75,6%	***24,4%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	42,0	46,2	43,1	3,954	0,036	0,047
Fille	58,0	53,8	56,9			
Niveau d'instruction						
4ème	38,4	46,9	40,5	16,546	0,074	< 0,001
3ème	61,6	53,1	59,5			
Ville						
Bafoussam	34,1	33,4	33,9			
Douala	34,5	40,2	35,9	9,773	0,057	0,008
Yaoundé	31,4	26,4	30,2			
Groupe ethnique						
Bantous	39,4	36,7	38,8			
Semi-Bantous	56,8	58,0	57,1	4,785	0,040	0,091
Soudanais	3,7	5,3	4,1			
Religion						
Catholique	55,4	54,7	55,3			
Protestant	31,8	31,6	31,8	1,452	0,022	0,693
Musulman	6,3	7,5	6,6			
Autres religions	6,4	6,2	6,4			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***2205***	***713***	***2918***			
Peu pratiquant	37,1	39,0	37,5	0,863	0,017	0,353
Très pratiquant	62,9	61,0	62,5			
Age						
Ensemble	***2065***	***676***	***2741***			
[10-13]	31,0	32,8	31,4			
[14-16]	62,2	62,0	62,2	2,605	0,031	0,272
|17-19]	6,8	5,2	6,4			

Lorsqu'il est proposé aux élèves que leur éducation à la sexualité ne soit assurée que par les parents, plus de quatre élèves sur dix n'y sont pas favorables (45,4%). Cette position est majoritairement défendu par les garçons, contrairement aux filles qui sont légèrement plus d'accord avec l'idée que seuls les parents puissent assurer leur éducation à la sexualité (p = 0,017 ; V = 0,043). De même les élèves de la classe de quatrième sont davantage d'accord que leurs camarades de la classe de troisième avec l'idée que l'exclusivité de leur éducation à la sexualité soit confiée aux parents (p = 0,004 ; V = 0,053). Les élèves moins âgés ([10-13] ans) répondent aussi différemment que les autres, se montrant plus favorables à

la proposition que cette éducation soit réservée aux seuls parents (p = 0,011 ; V = 0,057). Les élèves répondent presque identiquement lorsqu'on considère le reste des déterminants socioculturels. Le tableau 22-7 présente la synthèse de ces résultats.

Tableau 22-7 : Répartition (%) des élèves selon l'idée qu'ils se font de l'éducation à la sexualité des enfants exclusivement par les parents

Facteurs socioculturels	C'est aux parents d'éduquer sexuellement leurs enfants		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord				
Ensemble	***1358***	***1635***	***2993***			
	45,4%	***54,6%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	45,4	41,0	43,0	5,651	0,043	0,017
Fille	54,6	59,0	57,0			
Niveau d'instruction						
4ème	37,8	43,0	40,6	8,383	0,053	0,004
3ème	62,2	57,0	59,4			
Ville						
Bafoussam	36,3	32,1	34,0			
Douala	34,5	37,2	36,0	5,900	0,044	0,052
Yaoundé	29,2	30,7	30,0			
Groupe ethnique						
Bantous	40,2	37,9	39,0			
Semi-Bantous	56,3	57,5	57,0	3,478	0,034	0,176
Soudanais	3,5	4,6	4,1			
Religion						
Catholique	56,6	54,3	55,3			
Protestant	32,1	31,4	31,7	7,113	0,049	0,068
Musulman	6,1	7,0	6,6			
Autres religions	5,2	7,3	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1322***	***1596***	***2918***			
Peu pratiquant	38,7	36,4	37,4	1,563	0,023	0,211
Très pratiquant	61,3	63,6	62,6			
Age						
Ensemble	***1246***	***1493***	***2739***			
[10-13]	29,1	33,3	31,4			
[14-16]	63,2	61,2	62,1	8,960	0,057	0,011
[17-19]	7,6	5,5	6,5			

4.2. Rapport des élèves avec les adultes et leur entourage en éducation à la sexualité

Si les élèves sont nombreux à juger utile de parler de sexualité à l'école avec les adultes, ils estiment toutefois à une forte majorité qu'il est difficile de parler de sexualité avec les adultes (65,6%). Cette position des élèves est indifférente de leur sexe (p = 0,935), de leur religion (p = 0,536), de leur degré de pratique religieuse (p = 0,360) et de la classe fréquentée (p = 0,310).

Par contre une différence apparait dans les réponses des élèves en fonction des villes. Ainsi les élèves de la ville de Bafoussam ont plus tendance à penser qu'il est facile de parler de

sexualité avec les adultes que leurs camarades des villes de Douala et de Yaoundé (p < 0,001 ; V = 0,096). Cette différence au niveau des villes se répercute au niveau des groupes ethnique où l'on observe que les élèves originaire du groupe des Semi-Bantous ont plus tendance à considérer que parler de sexualité avec les adultes est facile, contrairement à leurs camarades originaires des groupes ethniques des Bantous et des Soudanais (p < 0,001 ; V = 0,084). De même plus les élèves sont jeunes, et plus ils trouvent qu'il est difficile de parler de sexualité avec les adultes (p = 0,045 ; V = 0,047). Le tableau 23-1 présente une synthèse des ces résultats.

Tableau 23-1 : Répartition (%) des élèves selon le degré de difficulté qu'ils ont à parler de sexualité avec les adultes

Facteurs socioculturels	Est-ce que c'est difficile de parler de sexualité avec des adultes ?		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas difficile	Difficile				
Ensemble	***1055***	***2010***	***3065***			
	34,4%	***65,6%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	42,9	42,8	42,8	0,007	0,001	0,935
Fille	57,1	47,8	57,2			
Niveau d'instruction						
4ème	41,9	40,0	40,7	1,031	0,018	0,310
3ème	58,1	60,0	59,3			
Ville						
Bafoussam	40,4	30,9	34,2			
Douala	33,6	37,2	36,0	28,443	0,096	< 0,001
Yaoundé	26,0	31,8	29,8			
Groupe ethnique						
Bantous	33,4	41,3	38,6			
Semi-Bantous	63,1	54,4	57,4	21,661	0,084	< 0,001
Soudanais	3,5	4,3	4,0			
Religion						
Catholique	55,6	55,0	55,2			
Protestant	30,5	32,5	31,8	2,178	0,027	0,536
Musulman	6,8	6,5	6,6			
Autres religions	7,0	6,0	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1032***	***1954***	***2986***			
Peu pratiquant	38,8	37,1	37,6	0,839	0,017	0,360
Très pratiquant	61,2	62,9	62,4			
Age						
Ensemble	***959***	***1833***	***2792***			
[10-13]	29,4	32,7	31,6			
[14-16]	62,9	61,6	62,0	6,186	0,047	0,045
[17-19]	7,7	5,7	6,4			

Dans l'ensemble, même si la difficulté des élèves à parler de sexualité avec les adultes est perceptible, ils sont nombreux à connaître un adulte vers qui ils peuvent se référer en cas de problème (62,6%).

Contrairement aux garçons, les filles ont plus tendance à déclarer avoir autour d'elles un adulte avec qui elles peuvent parler de leurs soucis dans le domaine de la sexualité ($p < 0,001$; $V = 0,134$). De même, les élèves résidant dans les villes de Douala et de Yaoundé sont plus entourés d'adultes référents dans le domaine de la sexualité que leurs camarades résidant dans la ville de Bafoussam ($p < 0,001$; $V = 0,118$).

Ce constat est aussi valable pour les élèves appartenant aux groupes ethniques des Bantous par rapport aux élèves du groupe ethnique des Semi-Bantous ($p = 0,002$; $V = 0,064$). Les élèves les moins âgés ([10-13] ans) sont légèrement moins bien entourés d'adultes référents dans le domaine de la sexualité que leurs camarades plus âgés ($p = 0,005$; $V = 0,062$). Une synthèse de ces résultats est donnée par le tableau 23-2.

Tableau 23-2 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils aient dans leur entourage un adulte auprès de qui ils peuvent se référer en cas de nécessité

Facteurs socioculturels	Connaissez-vous un adulte avec qui vous pouvez en parler en cas de souci ? Oui	Non	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***1916***	***1144***	***3060***			
	62,6%	***37,4%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	37,7	51,5	42,9	55,303	0,134	< 0,001
Fille	62,3	48,5	57,1			
Niveau d'instruction						
4ème	40,2	41,7	40,8	0,675	0,015	0,411
3ème	59,8	58,3	59,2			
Ville						
Bafoussam	29,7	41,3	34,1	42,345	0,118	< 0,001
Douala	38,6	31,8	36,0			
Yaoundé	31,7	26,9	29,9			
Groupe Ethnique						
Bantous	41,0	34,6	38,6	12,616	0,064	0,002
Semi-Bantous	55,0	61,3	57,3			
Soudanais	4,0	4,1	4,1			
Religion						
Catholique	55,8	54,5	55,4	4,336	0,038	0,227
Protestant	31,3	32,4	31,7			
Musulman	7,1	5,9	6,6			
Autres religions	5,8	7,2	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1868***	***1113***	***2981***			
Peu pratiquant	34,6	42,8	37,6	19,906	0,082	0,360
Très pratiquant	65,4	57,2	62,4			
Age						
Ensemble	***1726***	***1061***	***2787***			
[10-13]	29,7	34,8	31,6	10,560	0,062	0,005
[14-16]	63,2	60,0	62,0			
|17-19]	7,2	5,2	6,4			

Parmi les personnes avec lesquelles ils sont susceptibles de discuter de leur sexualité, les élèves marquent leur préférence pour leurs copines (52%), leurs copains (50%), leurs sœurs (42%), leur mère (38%), leurs frères (35%) et leurs enseignants (35%). En ce qui concerne la mère, se sont les filles qui disent majoritairement discuter souvent avec elle des sujets de sexualité, tandis que les garçons ne le font que peu souvent. Cette différence entre les filles et les garçons à discuter avec la mère et très significative ($p < 0,001$; $V = 0,264$).

A contrario, pour ce qui est du père, les filles comme les garçons sont peu nombreux (environ 17% des élèves) à discuter des sujets de sexualité avec lui. Si les filles comme les garçons disent discuter souvent avec leurs frères ou leurs sœurs, les réponses des filles sont significativement différentes de celles des garçons. En effet, les garçons sont plus portés que les filles à discuter de sexualité avec leurs frères ($p < 0,001$; $V = 0,129$), contrairement aux filles qui sont plus portées que les garçons à en discuter avec leurs sœurs ($p < 0,001$; $V = 0,214$).

Si les élèves discutent souvent de sexualité avec les proches de la famille, c'est pourtant à leurs copains et copines qu'ils accordent leur préférence. En effet, c'est quasiment un élève sur deux qui affirme discuter souvent de sexualité avec un copain ou une copine. Néanmoins, il existe une différence significative entre les garçons et les filles. En effet, les garçons discutent plus souvent de la sexualité avec les copains contrairement aux filles ($p < 0,001$; $V = 0,205$), et a contrario, les filles en discutent plus souvent avec les copines comparativement aux garçons ($p < 0,001$; $V = 0,093$). Le tableau 23-3 présente une synthèse de ces résultats.

Lorsqu'il est demandé aux élèves s'ils connaissent une structure associative ou tout autre organisme dans lequel ils pourraient se rendre pour recevoir une aide relative à leur vie affective et sexuelle, presque neuf élèves sur dix déclarent n'en connaitre aucun (88,2%). Les élèves répondent pareillement quelque soit le facteur socioculturel considéré. La synthèse de ces résultats est présentée par le tableau 23-4.

Tableau 23-3 : Répartition (%) des élèves selon les personnes avec qui ils discutent habituellement des sujets de sexualité						
Facteurs socioculturels	En matière de sexualité, en général, avec qui en avez-vous discuté		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Peu souvent	souvent				
		Votre mère				
Sexe	***1875 (61,4%)***	***1181(38,5%)***	***3056 (100%)***			
Garçon	53,1	26,2	42,7	212,98	0,264	< 0,001
Fille	46,9	73,8	57,3			
		Votre père				
Sexe	***2520 (83,1%)***	***514 (16,9)***	***3034 (100%)***			
Garçon	42,9	42,4	42,8	0,048	0,004	0,827
Fille	57,1	57,6	57,2			
		Votre frère				
Sexe	***1941 (64,4%)***	***1072 (35,6%)***	***3013 (100%)***			
Garçon	38,2	51,5	42,9	49,988	0,129	< 0,001
Fille	61,8	48,5	57,1			
		Votre sœur				
Sexe	***1748 (57,9%)***	***1271 (42,1%)***	***3019 (100%)***			
Garçon	51,9	30,4	42,9	138,11	0,214	< 0,001
Fille	48,1	69,6	57,1			
		D'autres membres de la famille				
Sexe	***2035 (67,5%)***	***980 (32,5%)***	***3015 (100%)***			
Garçon	43,2	41,9	42,8	0,426	0,012	0,514
Fille	56,8	58,1	57,2			
		Vos copains				
Sexe	***1483 (49,5)***	***1515 (50,5%)***	***2998 (100%)***			
Garçon	32,9	53,3	43,2	125,82	0,205	< 0,001
Fille	67,1	46,8	56,8			
		Vos copines				
Sexe	***1436 (47,6%)***	***1583 (52,4%)***	***3019 (100%)***			
Garçon	47,7	38,5	42,9	26,197	0,093	< 0,001
Fille	52,3	61,5	57,1			
		A l'école avec des enseignants				
Sexe	***1940 (64,2%)***	***1083 (35,8%)***	***3023(100%)***			
Garçon	43,4	41,9	42,8	0,580	0,014	0,446
Fille	56,6	58,1	57,2			
		Avec un médecin				
Sexe	***2168 (71,9%)***	***847 (28,1%)***	***3015(100%)***			
Garçon	44,4	38,7	42,8	7,936	0,051	0,005
Fille	55,6	61,3	57,2			
		Avec un éducateur social				
Sexe	***2179 (71,9%)***	***852 (28,1%)***	***3031(100%)***			
Garçon	43,4	41,4	42,8	0,938	0,018	0,333
Fille	56,6	58,6	57,2			

Tableau 23-4 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils connaissent ou non une structure associative où ils pourraient se rendre pour s'informer sur la sexualité						
Facteurs socioculturels	Connaissez-vous une association qui pourrait vous aidez ? Oui	Non	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	**361**	**2696**	**3057**			
	11,8%	**88,2%**	**100%**			
Sexe						
Garçon	41,0	43,1	42,9	0,575	0,014	0,448
Fille	59,0	56,9	57,1			
Niveau d'instruction						
4ème	35,2	41,5	40,7	5,216	0,041	0,022
3ème	64,8	58,5	59,3			
Ville						
Bafoussam	36,0	33,8	34,0			
Douala	33,5	36,4	36,1	1,267	0,020	0,531
Yaoundé	30,5	29,8	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	42,9	38,0	38,6			
Semi-Bantous	53,5	57,9	57,3	3,278	0,033	0,194
Soudanais	3,6	4,1	4,1			
Religion						
Catholique	55,4	55,2	55,2			
Protestant	31,3	31,9	31,8	0,093	0,006	0,993
Musulman	6,6	6,6	6,6			
Autres religions	6,6	6,3	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***355***	***2626***	***2981***			
Peu pratiquant	38,0	37,7	37,7	0,018	0,002	0,894
Très pratiquant	62,0	62,3	62,3			
Age						
Ensemble	***333***	***2453***	***2786***			
[10-13]	25,5	32,3	31,5			
[14-16]	67,6	61,3	62,1	6,290	0,048	0,043
|17-19]	6,9	6,4	6,4			

4.3. Principales sources d'information des élèves en matière de sexualité

Parmi les sources d'information en sexualité qui leur étaient proposées, les élèves marquent nettement leur préférence pour la télévision (76,8%), l'école (65,3%) et Internet (59%). Si les élèves répondent pareillement en ce qui concerne la télévision ($p = 0,492$), les centres sociaux ($p = 0,151$) et les associations ($p = 0,470$), leurs réponses diffèrent lorsqu'on considère les autres sources d'information. En effet, les filles ont plus tendance que les garçons à citer comme des sources d'information : l'école ($p = 0,001$; $V = 0,065$), les livres scolaires ($p = 0,008$; $V = 0,048$), les magazines ($p = 0,002$; $V =0,055$), la radio ($p < 0,001$; $V = 0,107$), et les lieux de culte ($p = 0,012$; $V = 0,046$). A contrario, les garçons sont plus prédisposés que les filles à rechercher leurs informations sur Internet ($p < 0,001$; $V = 0,098$). Il est remarquable de noter que plus de la moitié des élèves ne cite pas les livres scolaires comme

une source de leur information en matière de sexualité (53,6%). Le tableau 24 présente la synthèse des ces résultats.

Tableau 24 : Répartition (%) des élèves selon leurs sources d'information en sexualité

Sources d'information		En matière de sexualité, où trouvez-vous vos informations ? Garçon	Fille	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble		***1315***	***1752***	***3067***			
Télévision	Oui	76,7	76,8	76,8	0,004	0,001	0,492
	Non	23,3	23,2	23,2			
École	Oui	61,7	68,0	65,3	12,951	0,065	< 0,001
	Non	38,3	32,0	34,7			
Internet	Oui	64,5	54,8	59,0	29,594	0,098	< 0,001
	Non	35,5	45,2	41,0			
Livres scolaires	Oui	43,7	48,5	46,4	7,071	0,048	0,008
	Non	56,3	51,5	53,6			
Magazines	Oui	42,1	47,6	45,2	9,339	0,055	0,002
	Non	57,9	52,4	54,8			
Radio	Oui	33,7	44,3	39,8	35,105	0,107	< 0,001
	Non	66,3	55,7	60,2			
Centres sociaux	Oui	30,1	32,5	31,5	2,064	0,026	0,151
	Non	69,9	67,5	68,5			
Associations	Oui	18,1	17,1	17,6	0,522	0,013	0,470
	Non	81,9	82,9	82,4			
Lieux de culte	Oui	14,6	18,0	16,6	6,370	0,046	0,012
	Non	85,4	82,0	83,4			

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES CONCEPTIONS INDIVIDUELLES DES ÉLÈVES SUR L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

Globalement, 82,7% des élèves interrogés jugent utile que la sexualité soit débattue à l'école avec les adultes (enseignants, éducateurs…). Les filles ont plus tendance à juger cela utile contrairement aux garçons. Les autres facteurs socioculturels qui influencent le plus les réponses des élèves sont respectivement : le groupe ethnique, la classe, l'âge et le degré de pratique.

Les élèves sont en effet majoritairement (80,7%) convaincu que l'éducation à la sexualité à l'école peut leur permettre de prévenir des problèmes de santé ultérieurs ; ceci sans qu'aucun facteur socioculturel n'influence leurs réponses.

Pour 57,2% des élèves, c'est l'un des rôles de l'école de contribuer à l'épanouissement des élèves dans le domaine de la sexualité. Si les filles et les garçons pensent pareillement à ce sujet, le niveau d'instruction et l'âge des élèves ont une faible influence sur leurs réponses.

Les élèves sont aussi majoritaires (60,0%) à estimer que l'éducation à la sexualité concerne autant l'école que les parents. Seuls le niveau d'instruction et l'âge ont une faible influence sur les réponses des élèves.

Tout naturellement, seulement 45,9% des élèves sont d'accord avec le fait que l'éducation à la sexualité se fasse exclusivement par la famille au sens large ; les facteurs socioculturels n'ayant aucun effet sur les réponses des élèves.

Pout une forte majorité d'élèves (75,6%), l'enseignant a le droit de donner des directives aux élèves dans le domaine de la sexualité. Les filles ont plus tendance à défendre cette position contrairement aux garçons. De même le niveau d'instruction et la ville de résidence des élèves ont un faible effet sur les réponses des élèves.

Si les élèves sont minoritaires (45,9%) à penser que l'éducation doit être une exclusivité de la famille élargie, ils sont par contre plus nombreux (54,6%) à être d'accord avec le fait que c'est aux parents d'assurer l'éducation de leur enfants. Les filles ont plus tendance à défendre cette idée contrairement aux garçons. Le niveau d'instruction et l'âge influencent faiblement les réponses des élèves à ce sujet.

Globalement plus de six élèves sur dix (65,6%) estiment qu'il est difficile de parler de sexualité avec les adultes. La ville de résidence, le groupe ethnique et l'âge ont une faible influence sur les réponses des élèves.

Toutefois, la majorité des élèves (62,6%) connaissent un adulte avec qui parler de leurs soucis relatifs à la sexualité. Les filles ont fortement tendance à déclarer cela, contrairement aux garçons.

En général, c'est plus avec les copines (52,4%) et les copains (50,5%) que les élèves discutent de la sexualité. En famille, la mère est le parent avec qui les élèves discutent souvent de la sexualité (38,6%). Mais les sœurs (42,1%) et les frères (35,6%) sont également des interlocuteurs privilégiés en famille. Parmi les professionnels, les enseignants (35,8%) sont les personnes avec lesquelles les élèves discutent souvent des sujets de sexualité ; loin devant les médecins (28,1%) et les éducateurs sociaux (28,1%).

Par contre 88,2% ne connaissent pas de structure associative où ils pourraient se rendre pour s'informer sur la sexualité. Aucun facteur social n'a d'effet sur les réponses des élèves à ce propos.

En matière de sexualité, c'est d'abord à la télévision que la majorité des élèves trouve leurs informations (76,8%). L'école vient en second lieu (65,3%), suivi d'Internet (59,0%), des livres scolaires (46,4%), des magazines (45,2%), de la radio (39,8%), des centres sociaux (31,5%), des associations (17,6%) et des lieux de culte (16,6%).

Globalement, les facteurs socioculturels n'ont pas souvent une influence sur les conceptions des élèves de l'éducation à la sexualité. Le niveau d'instruction et l'âge des élèves sont les facteurs qui influencent le plus Lorsque ces facteurs ont une influence sur les réponses des élèves, cette influence est faible.

5. RELATION DES ÉLÈVES AVEC LES PARENTS SUR L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

5.1. Dialogue entre les élèves et leurs parents sur la sexualité

Globalement, plus de 6 élèves sur dix déclarent ne pas parler souvent de sexualité avec leurs parents (61,3%). Cette proportion des élèves demeure la même quelque soit le groupe ethnique ($p = 0,481$), la religion ($p = 0,886$), le niveau d'étude de leurs parents ($p = 0,684$) et la religion des parents ($p = 0,911$).

Toutefois, les garçons ont plus tendance que les filles à déclarer ne pas parler de sexualité avec leurs parents ($p < 0,001$; $V = 0,065$). Pareillement, les élèves de la classe de quatrième discutent moins de sexualité avec leurs parents, que leurs camarades de la classe de troisième ($p < 0,001$; $V = 0,089$). C'est aussi le cas pour les élèves les plus jeunes ([10-13] ans) relativement à leurs camarades plus âgés ($p = 0,001$; $V = 0,069$).

Curieusement, plus les élèves ont un degré de pratique religieuse élevé, plus ils parlent de sexualité avec leurs parents ($p < 0,001$; $V = 0,119$). La même remarque est valable pour les parents les plus pratiquants qui ont tendance à parler beaucoup plus de sexualité avec leurs enfants ($p < 0,001$; $V = 0,069$). Le tableau 25-1 présente une synthèse de ces résultats.

5.2. Aisance des parents à dialoguer avec leurs enfants sur la sexualité

Au total, plus de six élèves sur dix estiment que leurs parents ne sont pas à l'aise pour parler de sexualité avec eux (64,2%), ceci quelque soit le niveau scolaire des parents ($p = 0,689$) et leur religion ($p = 0,893$).

Toutefois, la différence entre les garçons et les filles est significative, les garçons étant plus enclins à dire que leurs parents ne sont pas à l'aise pour discuter des sujets de sexualité avec eux, alors que les filles ont plutôt tendance à dire le contraire ($p < 0,001$; $V = 0,177$). Pareillement, les élèves de quatrième jugent leurs parents mal à l'aise lorsqu'ils parlent de sexualité avec eux, que leurs camarades de troisième ($p = 0,001$; $V = 0,059$). Cette différence est aussi remarquée au niveau des villes de Bafoussam et de Yaoundé d'une part, et la ville de Douala d'autre part ($p < 0,001$; $V = 0,105$). Les élèves moins pratiquants ont plus tendance à déclarer que leurs parents ne sont pas à l'aise pour parler de sexualité avec eux, une tendance opposée à celle des élèves les plus pratiquants ($p < 0,001$; $V = 0,120$). De même, moins les parents sont pratiquants, moins les élèves les déclarent à l'aise avec eux pour parler de

sexualité, tandis que les élèves dont les parents sont très croyants ont majoritairement tendance à les déclarer à l'aise avec eux pour parler de sexualité (p = 0,002 ; V = 0,057). Le tableau 25-2 présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 25-1 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils discutent de la sexualité à la maison avec leurs parents

Facteurs socioculturels	Parlez-vous souvent de sexualité avec vos parents ? Pas du tout	souvent	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	**1881** **61,3%**	**1187** **38,7%**	**3068** **100%**			
Sexe						
Garçon	50,9	30,0	42,8	12,830	0,065	< 0,001
Fille	49,1	70,0	57,2			
Niveau d'instruction						
4ème	43,2	36,6	40,6	24,146	0,089	< 0,001
3ème	56,8	63,4	59,4			
Ville						
Bafoussam	32,3	37,2	34,2			
Douala	38,8	31,5	36,0	17,024	0,074	< 0,001
Yaoundé	28,9	31,3	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	39,4	37,2	38,6			
Semi-Bantous	56,7	58,6	57,4	1,465	0,022	0,481
Soudanais	3,9	4,2	4,0			
Religion						
Catholique	55,4	54,8	55,2			
Protestant	32,0	31,7	31,9	0,645	0,014	0,886
Musulman	6,3	7,0	6,6			
Autres religions	6,2	6,5	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1832***	***1156***	***2988***			
Peu pratiquant	42,2	30,4	37,7	42,019	0,119	< 0,001
Très pratiquant	57,8	69,6	62,3			
Age						
Ensemble	***1713***	***1081***	***2794***			
[10-13]	33,6	28,4	31,6			
[14-16]	61,0	63,6	62,0	13,423	0,069	0,001
|17-19]	5,4	8,0	6,4			
Niveau d'études des parents						
Ensemble	***1751***	***1106***	***2857***			
Aucun	1,3	1,4	1,3			
Primaire	4,6	3,5	4,2			
1er cycle secondaire	9,1	9,3	9,2	2,283	0,028	0,684
Second cycle	28,8	29,9	29,3			
Université	56,1	55,9	56,0			
Religion des parents						
Ensemble	***1772***	***1145***	***2917***			
Catholique	52,7	52,7	52,7			
Protestant	34,6	33,9	34,3	0,534	0,014	0,911
Musulman	6,8	7,4	7,0			
Autres religions	5,9	6,0	6,0			
Degré de pratique religieuse des parents						
Ensemble	***1862***	***1179***	***3041***			
Peu pratiquant	15,8	10,9	13,9	14,456	0,069	< 0,001
Très pratiquant	84,2	89,1	86,1			

Tableau 25-2 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils jugent leur parents à l'aise pour parler de sexualité avec eux						
Facteurs socioculturels	A votre avis, vos parents sont-ils à l'aise pour parler de sexualité avec vous ?		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas du tout	A l'aise				
Ensemble	**1965** **64,2%**	**1095** **35,8%**	**3060** **100%**			
Sexe						
Garçon	49,3	31,1	42,8	95,809	0,177	< 0,001
Fille	50,7	68,9	57,2			
Niveau d'instruction						
4ème	42,8	36,8	40,7	10,476	0,059	0,001
3ème	57,2	63,2	59,3			
Ville						
Bafoussam	32,0	37,7	34,0			
Douala	39,8	29,3	36,0	33,524	0,105	< 0,001
Yaoundé	28,2	33,0	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	40,3	35,7	38,7			
Semi-Bantous	55,3	60,9	57,3	9,665	0,056	0,008
Soudanais	4,4	3,4	4,1			
Religion						
Catholique	55,3	55,3	55,3			
Protestant	31,9	31,5	31,8	0,196	0,008	0,978
Musulman	6,6	6,7	6,6			
Autres religions	6,2	6,6	6,3			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***1912***	***1069***	***2981***			
Peu pratiquant	41,9	29,8	37,6	42,817	0,120	< 0,001
Très pratiquant	58,1	70,2	62,4			
Age						
Ensemble	***1781***	***1007***	***2788***			
[10-13]	32,6	29,6	31,5			
[14-16]	61,8	62,6	62,1	7,197	0,051	0,027
|17-19]	5,6	7,8	6,4			
Niveau d'études des parents Ensemble	***1830***	***1021***	***2851***			
Aucun	1,2	1,6	1,3			
Primaire	4,2	4,3	4,2			
1er cycle secondaire	9,0	9,5	9,2	2,256	0,028	0,689
Second cycle	30,1	27,8	29,3			
Université	55,6	56,8	56,0			
Religion des parents Ensemble	***1852***	***1058***	***2910***			
Catholique	52,2	53,7	52,7			
Protestant	34,6	33,6	34,2	0,614	0,015	0,893
Musulman	7,2	6,8	7,0			
Autres religions	6,0	5,9	6,0			
Degré de pratique religieuse des parents Ensemble	***1946***	***1087***	***3033***			
Peu pratiquant	15,4	11,2	13,9	10,006	0,057	0,002
Très pratiquant	84,6	88,8	86,1			

5.3. Niveau de connaissances des parents sur la sexualité

Interrogés sur le niveau de connaissances en éducation à la sexualité de leurs parents, une grande majorité des élèves les estiment plutôt suffisantes (66,1%), ceci quelque soit leur classe ($p = 0,100$), leur ville ($p = 0,106$), leur groupe ethnique ($p = 0,225$), leur religion ($p = 0,291$) et la religion de leurs parents ($p = 0,437$). Plus le niveau d'études des parents est élevé, plus les élèves jugent leur niveau de connaissance en éducation à la sexualité élevé ($p < 0,001$; $V = 0,112$).

Les filles ont plus tendance à juger suffisantes les connaissances de leurs parents en éducation à la sexualité, contrairement aux garçons qui ont une propension à penser le contraire ($p < 0,001$; $V = 0,064$).

Les élèves ayant une pratique religieuse élevée sont également plus enclins à juger suffisante les connaissances de leurs parents en éducation à la sexualité, contrairement à ceux qui pratiquent peu ($p < 0,001$; $V = 0,083$). La même appréciation des connaissances des parents en éducation à la sexualité est faite par les élèves dont les parents sont très pratiquants, contrairement à ceux dont les parents sont moins pratiquants ($p = 0,022$; $V = 0,042$). Le tableau 25-3 présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 25-3 : Répartition (%) des élèves selon le niveau de connaissances qu'ils attribuent à leurs parents en matière de sexualité						
Facteurs socioculturels	En matière d'éducation à la sexualité, vous direz que les connaissances de vos parents sont :		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Insuffisantes	Suffisantes				
Ensemble	***1034***	***2013***	***3047***			
	33,9%	***66,1%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	47,2	40,5	42,8	12,373	0,064	< 0,001
Fille	52,8	59,5	57,2			
Niveau d'instruction						
4ème	38,4	41,5	40,4	2,701	0,030	0,100
3ème	61,6	58,5	59,6			
Ville						
Bafoussam	36,4	33,0	34,1			
Douala	33,8	37,3	36,1	4,483	0,038	0,106
Yaoundé	29,8	29,8	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	37,1	39,4	38,6			
Semi-Bantous	58,1	56,9	57,3	2,982	0,031	0,225
Soudanais	4,7	3,7	4,0			
Religion						
Catholique	53,3	56,2	55,2			
Protestant	32,5	31,5	31,9	3,736	0,035	0,291
Musulman	7,0	6,4	6,6			
Autres religions	7,3	5,9	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1005***	***1064***	***2969***			
Peu pratiquant	43,4	34,9	37,8	20,213	0,083	< 0,001
Très pratiquant	56,6	65,1	62,2			
Age						
Ensemble	***948***	***1829***	***2777***			
[10-13]	28,3	33,2	31,5			
[14-16]	64,1	61,0	62,1	8,924	0,057	0,012
|17-19]	7,6	5,8	6,4			
Niveau d'études des parents						
Ensemble	***949***	***1891***	***2840***			
Aucun	1,6	1,2	1,3			
Primaire	6,5	3,1	4,2			
1er cycle secondaire	11,5	8,0	9,2	35,920	0,112	< 0,001
Second cycle	30,1	28,8	29,2			
Université	50,3	59,0	56,1			
Religion des parents						
Ensemble	***968***	***1930***	***2898***			
Catholique	50,8	53,6	52,7			
Protestant	35,1	33,9	34,3	2,722	0,031	0,437
Musulman	7,3	6,9	7,0			
Autres religions	6,7	5,6	6,0			
Degré de pratique religieuse des parents						
Ensemble	***1022***	***1999***	***3021***			
Peu pratiquant	15,9	12,9	13,9	5,220	0,042	0,022
Très pratiquant	84,1	87,1	86,1			

5.4. Les sujets de dialogues des élèves avec leurs parents sur la sexualité

A la question de savoir quels étaient les sujets généralement au centre des discussions avec leurs parents sur la sexualité, 1878 réponses ont été données par les 838 élèves ayant répondu à la question (soit 76,6% des élèves ayant déclaré discuter souvent de sexualité avec leurs parents). L'analyse des différents thèmes évoqués par les élèves suivant les cinq composantes de la sexualité (biologique, psychoaffective, comportementale, morale, sociale/culturelle) présentées dans notre cadre théorique, permet d'établir une classification de ces thèmes.

Globalement, les sujets de discussion entre les parents et les élèves en matière de sexualité sont plus axés sur la dimension comportementale de la sexualité. En effet, 45,5% des sujets évoqués par les élèves y sont associés. Cependant, toutes les autres dimensions sont également représentées dans des proportions variables. La dimension biologique est prise en compte dans presque un quart des sujets traités en famille (25,5%). Représentée à 19,0%, la dimension psychoaffective figure en troisième position dans les sujets de discussion entre les élèves et leurs parents. Elle est suivie de la dimension sociale/culturelle (6,8%) et de la dimension morale (4,2%). La figure 26 ci-dessous présente la synthèse de cette analyse.

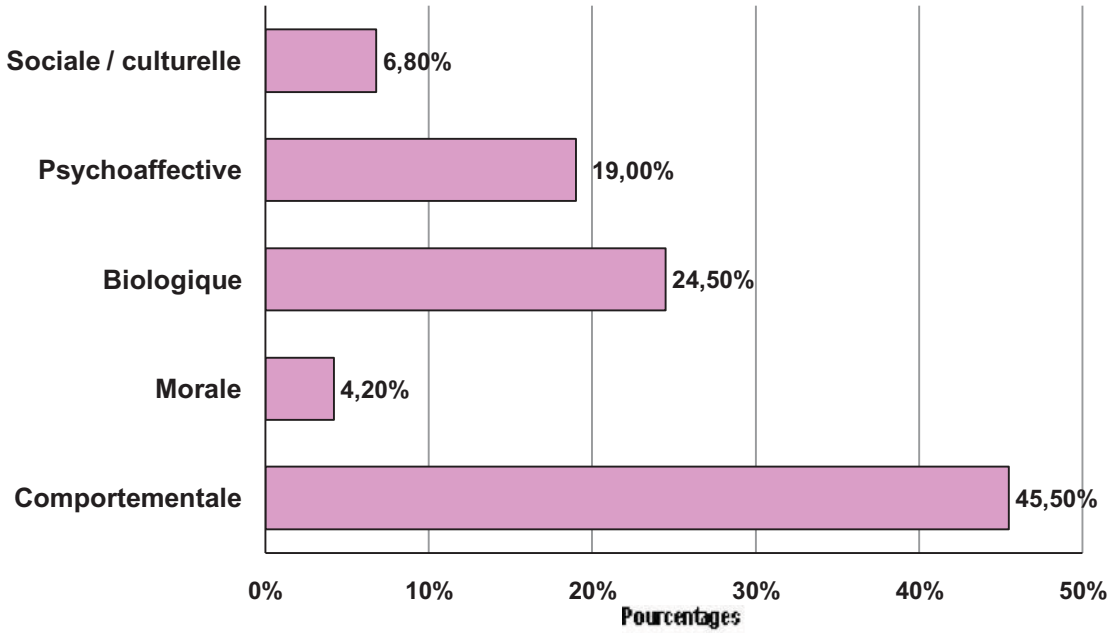


Figure 26 : les sujets de dialogues des élèves avec leurs parents suivant les cinq dimensions de la sexualité.

La figure 27 représente le regroupement des principaux thèmes discutés en famille (voir annexe 11). Ils sont représentés suivant les différentes dimensions de la sexualité, et classés d'après leur représentativité dans le corpus de sujets recensés par les élèves. Les mots qui apparaissent les plus dans ce corpus de sujets de discussion avec les parents donnés par les élèves sont :

- **dimension comportementale :** Maladies (IST/sida/VIH), grossesses (précoces, non désirées, désirées), abstinence sexuelle, protection (préservatif, prudence), avortement, risques, méthodes contraceptives…
- **dimension biologique :** rapports sexuels, puberté (menstrues, cycles menstruel), sexe (organe génitaux), virginité, accouchement (utérus), hygiène intime…
- **dimension psychoaffective :** Relation amoureuse (petit(e) ami(e), amour (sentiments), garçons (hommes), filles (femmes), homosexualité, sexualité, amitié (copains, copines) comportement, plaisir, désir, harcèlement sexuel…
- **dimension morale :** fidélité, mariage, habillement, éducation (moralité), adultère (infidélité, fornication), chasteté, responsabilité…
- **dimension sociale/culturelle :** viol, prostitution (vagabondage sexuel), film pornographique, agression sexuelle, pédophilie, abus…

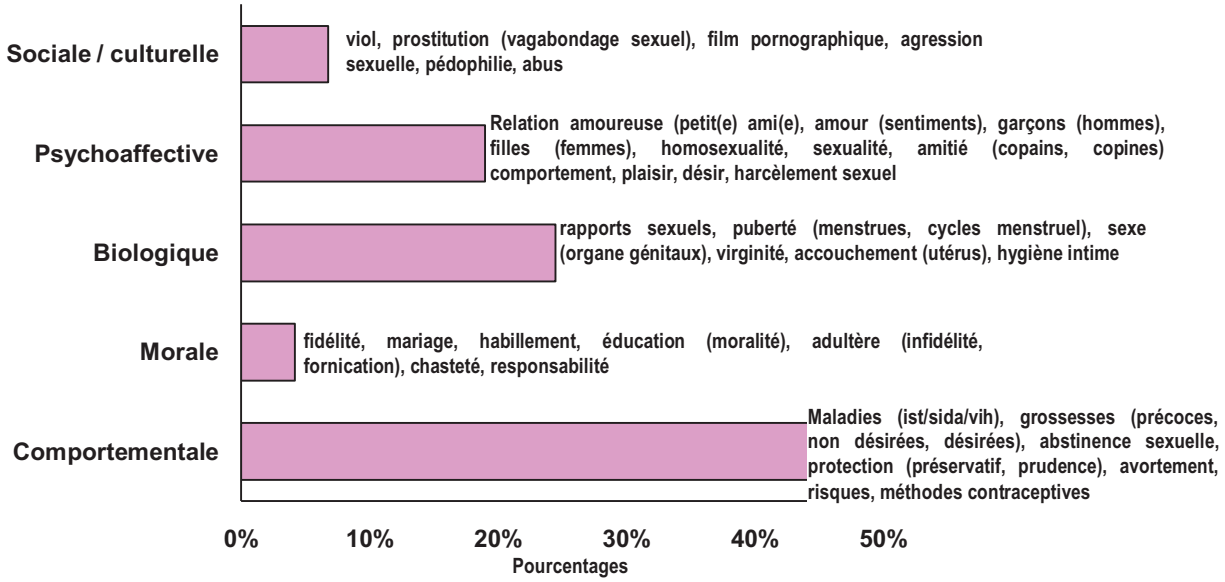


Figure 27 : les principaux sujets de discussion sur la sexualité entre les élèves et leurs parents suivant les différentes dimensions de la sexualité

5.5. Les principaux sujets de discussion sur la sexualité entre les élèves et leurs parents selon les facteurs socioculturels

Le tableau 26 donne une synthèse de notre analyse en fonctions des différents déterminants socioculturels des élèves.

Globalement, les sujets de discussion sur la sexualité entre les parents et leurs enfants ne diffèrent pas quelque soit la classe fréquentée ($p = 0,176$), le groupe ethnique ($p = 0,062$), la religion ($p = 0,096$), le niveau d'études des parents ($p = 0,327$) et le degré de pratique religieuse des parents ($p = 0,168$). Une différence existe entre les sujets de dialogue des filles avec leurs parents et ceux des garçons avec leurs parents ($p = 0,018$; $V = 0,080$). Ainsi, les filles ont plus tendance à discuter des questions de sexualité ayant trait à la dimension biologique et à la dimension sociale/culturelle, tandis que les garçons ont plus tendance à discuter avec leurs parents des sujets relatifs à la dimension morale.

Lorsqu'on considère la ville de résidence des élèves, on observe une différence significative entre les sujets de dialogue parents/enfants ($p < 0,001$; $V = 0,118$). Si les sujets de discussion dans la ville de Bafoussam sont plus orientés vers la dimension sociale et culturelle, dans la ville de Douala les élèves discute habituellement avec les parents de sujets ayant trait à la dimension biologique et à la dimension psychoaffective. Les élèves résidants dans la ville de Yaoundé ont quant à eux plus tendance à discuter avec leurs parents des sujets ayant trait à la dimension morale et à la dimension comportementale.

Suivant le degré de pratique religieuse des élèves, les élèves peu pratiquants discutent davantage des sujets de la sexualité ayant trait à la dimension biologique, alors que les élèves très pratiquants ont plus tendance à discuter des sujets relatifs à la dimension morale et à la dimension sociale/culturelle, et dans une moindre mesure la dimension comportementale. ($p = 0,005$; $V = 0,089$).

Enfin, les élèves les plus jeunes discutent habituellement des sujets relatifs à la dimension sociale/culturelle de la sexualité avec leurs parents, ceux de la classe d'âge [14-16] ans des sujets liés à la dimension psychoaffective et à la dimension biologique, tandis que les élèves les plus âgés ont plus tendance à discuter des sujets ayant trait à la dimension morale de la sexualité ($p = 0,042$; $V = 0,068$).

Tableau 26 : Répartition (%) des élèves selon les sujets de dialogue qu'ils ont habituellement avec leurs parents sur la sexualité

Facteurs socioculturels	Quels sujets discutez-vous avec vos parents					Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Comporte mentale	Morale	Biologique	Psycho affective	Sociale / culturelle				
Ensemble	***854***	***78***	***461***	***357***	***128***	***1878***			
	45,5	***4,2%***	***24,5%***	***19,0%***	***6,8%***	***100%***			
Sexe									
Garçon	27,9	41,0	25,8	27,2	19,5	27,2	11,969	0,080	0,018
Fille	72,1	59,0	74,2	72,8	80,5	72,8			
Niveau d'instruction									
4ème	36,5	33,3	39,7	37,8	46,9	38,1	6,327	0,058	0,176
3ème	63,5	66,7	60,3	62,2	53,1	61,9			
Ville									
Bafoussam	39,8	34,6	37,1	33,6	57,8	39,0	52,448	0,118	< 0,001
Douala	23,7	16,7	33,8	33,1	21,9	27,5			
Yaoundé	36,5	48,7	29,1	33,3	20,3	33,5			
Groupe ethnique									
Bantous	40,2	43,6	37,1	37,8	25,8	38,1	14,834	0,063	0,062
Semi-Bantous	56,3	51,3	59,2	59,1	72,7	58,5			
Soudanais	3,5	5,1	3,7	3,1	1,6	3,4			
Religion									
Catholique	56,3	53,8	54,2	59,9	57,0	56,4			
Protestant	31,9	28,2	33,4	30,0	35,9	32,0	18,700	0,058	0,096
Musulman	7,3	7,7	5,0	3,9	3,1	5,8			
Autres religions	4,6	10,3	7,4	6,2	3,9	5,8			
Degré de pratique religieuse									
Ensemble	***837***	***77***	***453***	***346***	***119***	***1832***			
Peu pratiquant	29,9	22,1	33,6	30,3	27,7	30,0	14,854	0,089	0,005
Très pratiquant	71,1	77,9	66,4	69,7	72,3	70,0			
Age									
Ensemble	***791***	***72***	***420***	***327***	***115***	***1725***			
[10-13]	35,5	34,7	33,6	30,6	48,7	35,0			
[14-16]	58,0	55,6	60,5	63,6	48,7	59,0	16,052	0,068	0,042
|17-19]	6,4	9,7	6,0	5,8	2,6	6,1			
Niveau d'études des parents									
Ensemble	***794***	***76***	***433***	***340***	***119***	***1762***			
Aucun	0,6	1,3	0,7	1,2	0,8	0,8			
Primaire	4,4	1,3	5,5	4,4	8,4	4,8			
1er cycle secondaire	6,2	10,5	7,4	7,9	10,9	7,3	13,605	0,135	0,327
Second cycle	30,4	30,3	27,0	28,8	23,5	28,8			
Université	58,4	56,6	59,4	57,6	56,3	58,3			
Degré de pratique religieuse des parents									
Ensemble	***852***	***78***	***455***	***352***	***125***	***1862***			
Peu pratiquant	11,6	6,4	13,0	10,5	6,4	11,2	6,455	0,059	0,168
Très pratiquant	88,4	93,6	87,0	89,5	93,6	88,8			

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE LA RELATION DES ÉLÈVES AVEC LES PARENTS EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

Globalement, 61,3% des élèves déclarent ne pas parler souvent de sexualité avec leurs parents. Les garçons ont fortement tendance à affirmer cela, contrairement aux filles qui ont tendance à déclarer en parler souvent avec leurs parents. Le niveau d'instruction, la ville de résidence, l'âge et le degré de pratique religieuse des élèves, tout comme le degré de croyance des parents ont une influence sur le niveau de dialogue entre les élèves et leurs parents.

Pour 64,2% des élèves, leurs parents ne sont pas à l'aise pour parler de sexualité avec eux. Les garçons ont fortement tendance à affirmer cela, contrairement aux filles. En dehors de la religion des élèves et des parents, et du niveau d'instruction des parents, les autres facteurs socioculturels ont une influence sur les avis des élèves à ce propos.

Pourtant, ils sont plutôt nombreux (66,1%) à juger que leurs parents ont des connaissances suffisantes sur la sexualité. Les filles ont plus tendances à affirmer cela, contrairement aux garçons. Le degré de pratique religieuse des élèves, leur âge tout comme le niveau de croyance des parents et leur niveau d'instruction sont les principaux facteurs qui affectent les réponses des élèves sur la question.

Les sujets de discussion avec les parents s'articulent autour des cinq dimensions de la sexualité, avec une prédominance de la dimension comportementale (45,5%), suivi de la dimension biologique (24,5%), de la dimension psychoaffective (19,0%), de la dimension sociale/culturelle (6,8%) et de la dimension morale (4,2%). Le sexe des élèves à une incidence sur les sujets de dialogue avec les parents. De même, la ville de résidence, le degré de pratique religieuse et l'âge des élèves ont une influence sur les sujets traités avec les parents.

Globalement, les facteurs socioculturels ont une influence sur la relation des élèves avec les parents en éducation à la sexualité. Certains facteurs ont une influence significative, notamment (le sexe des élèves, leur ville résidence et leur degré de pratique religieuse), et d'autres n'ont qu'une faible influence sur cette relation.

6. LES BESOINS ÉDUCATIFS DES ÉLÈVES EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

6.1. Analyse des besoins éducatifs des élèves suivant les dimensions de la sexualité

Afin d'analyser les besoins éducatifs des élèves en éducation à la sexualité, nous leur avons demandé sur quels thèmes relatifs à la sexualité ils souhaiteraient être entretenus à l'école. Au total 2369 réponses correspondant à des thèmes possibles en éducation à la sexualité ont été suggérées par 1139 élèves (37%). L'analyse des différents thèmes évoqués par les élèves permet d'établir une classification des besoins éducatifs des élèves en fonction des cinq composantes de la sexualité (biologique, psychoaffective, comportementale, morale, sociale/culturelle) présentées dans notre cadre théorique.

Globalement, les besoins éducatifs des élèves en matière de sexualité sont plus axés sur la dimension comportementale de la sexualité. En effet, 41,1% des besoins éducatifs suggérés par les élèves se réfèrent à cette dimension de la sexualité. La dimension biologique est quant à elle représentée par plus de trois thèmes sur dix (30,4%). Moins représentée que les deux précédentes dimensions de la sexualité, la dimension psychoaffective représente 17,3% du corpus de thèmes recensés. Également représentée dans les besoins éducatifs émis par les élèves, la dimension sociale/culturelle représente 8,8% des thèmes évoqués par les élèves, tandis que la dimension morale n'est représentée qu'à hauteur de 2,4%.

La figure 28 ci-dessous présente la synthèse de cette analyse des besoins éducatifs des élèves en éducation à la sexualité.

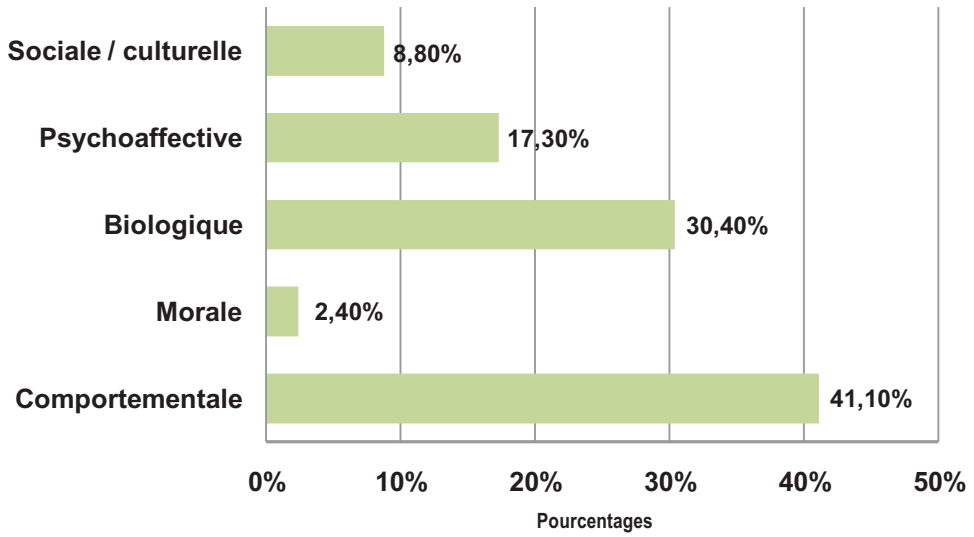


Figure 28 : les principaux besoins éducatifs des élèves en éducation à la sexualité suivant les différentes dimensions de la sexualité

La figure 29 représente le regroupement des principaux besoins éducatifs des élèves en éducation à la sexualité (voir annexe 12). Ils sont représentés suivant les différentes dimensions de la sexualité, et classés d'après leur représentativité dans le corpus de thèmes suggérés par les élèves. Les thèmes qui apparaissent le plus dans ce corpus de besoins éducatifs des élèves sont :

- **dimension comportementale :** Maladies (IST/sida/VIH), grossesses (précoces, non désirées, désirées), abstinence sexuelle, protection (préservatif, prudence), avortement, risques, méthodes contraceptives…
- **dimension biologique :** rapports sexuels, puberté (menstrues, cycles menstruel), sexe (organe génitaux), virginité, accouchement (utérus), hygiène intime…
- **dimension psychoaffective :** Relation amoureuse (petit(e) ami(e), amour (sentiments), garçons (hommes), filles (femmes), homosexualité, sexualité, amitié (copains, copines) comportement, plaisir, désir, harcèlement sexuel…
- **dimension morale :** fidélité, mariage, habillement, éducation (moralité), adultère (infidélité, fornication), chasteté, responsabilité…
- **dimension sociale/culturelle :** viol, prostitution (vagabondage sexuel), film pornographique, agression sexuelle, pédophilie, abus…

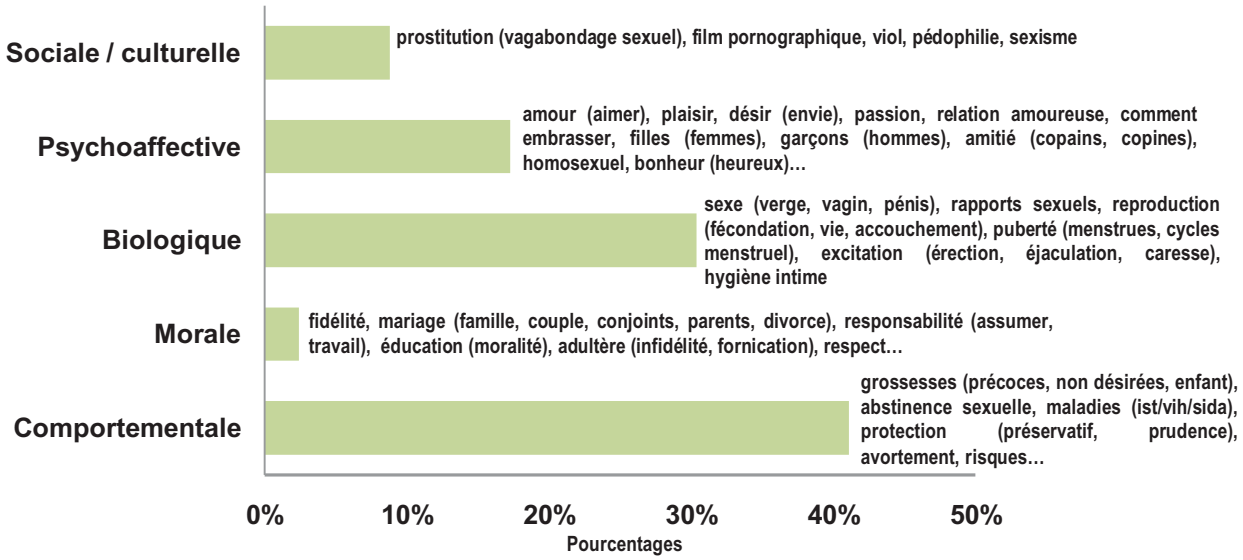


Figure 29 : les principaux besoins éducatifs des élèves en éducation sur la sexualité suivant les différentes dimensions de la sexualité

6.2. Analyse de la répartition des besoins éducatifs des élèves selon les facteurs socioculturels

Le tableau 27 ci-dessous donne une synthèse de notre analyse en fonction des différents déterminants socioculturels des élèves.

Globalement, les besoins éducatifs des élèves en éducation à la sexualité ne diffèrent pas selon le sexe ($p = 0,325$), la classe ($p = 0,066$), la religion ($p = 0,072$) et le degré de pratique religieuse de l'élève ($p = 0,924$). Toutefois, on observe une différence peu significative d'une ville à l'autre ($p < 0,001$; $V = 0,092$), d'un groupe ethnique à l'autre ($p = 0,022$; $V = 0,061$), et d'une classe d'âge à l'autre ($p = 0,006$; $V = 0,070$).

Ainsi, les besoins éducatifs des élèves résidant dans la ville de Bafoussam sont davantage relatifs aux thèmes liés à la dimension sociale/culturelle, à la dimension psychoaffective et à la dimension comportementale. Les élèves résidant à Douala sollicitent plus les thèmes relatifs à la dimension biologique et à la dimension psychologique, tandis que les élèves résidants à Yaoundé souhaitent davantage être entretenus sur des thèmes ayant trait à la dimension morale, à la dimension biologique et à la dimension comportemental. S'agissant du groupe ethnique, les élèves originaires du groupe ethnique des Bantous sollicitent surtout les thèmes liés à la dimension biologique et à la dimension comportementale. Les élèves originaires du groupe ethnique des Semi-Bantou ont quant à eux tendance à souhaiter être entretenus sur des thèmes relatifs à la dimension morale, à la dimension sociale/culturelle et à la dimension psychologique ; tandis que les élèves du groupe ethnique des soudanais sollicitent davantage les thèmes liés à la dimension morale de la sexualité. Dans l'ensemble, les différences observées dans les demandes des élèves en fonction des facteurs socioculturels sont faiblement significatifs.

Tableau 27 : Répartition (%) des élèves selon leurs besoins éducatifs en sexualité									
Facteurs socioculturels	Sur quels thèmes aimeriez-vous être entretenu à l'école ?					Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Comporte mentale	Morale	Biologique	Psycho affective	Sociale / culturelle				
Ensemble	***974***	***56***	***720***	***410***	***209***	***2369***			
	41,1%	***2,4%***	***30,4%***	***17,3%***	***8,8%***	***100%***			
Sexe									
Garçon	32,9	37,5	35,8	38,5	35,9	35,1	4,649	0,044	0,325
Fille	67,1	62,5	64,2	61,5	64,1	64,9			
Niveau d'instruction									
4ème	34,6	30,4	37,9	37,6	44,5	36,9	8,822	0,061	0,066
3ème	65,4	69,6	62,1	62,4	55,5	63,1			
Ville									
Bafoussam	35,7	33,9	26,0	35,9	43,1	33,4	40,320	0,092	< 0,001
Douala	24,9	25,0	34,6	30,5	25,8	28,9			
Yaoundé	39,3	41,1	39,4	33,7	31,1	37,7			
Groupe ethnique									
Bantous	40,3	28,6	46,3	39,5	34,0	41,2	17,869	0,061	0,022
Semi-Bantous	56,2	66,1	51,1	57,6	63,2	55,7			
Soudanais	3,5	5,4	2,6	2,9	2,9	3,1			
Religion									
Catholique	57,0	57,1	56,0	56,8	56,9	56,6			
Protestant	32,1	32,1	32,1	33,4	26,3	31,8	19,755	0,053	0,072
Musulman	5,9	1,8	4,9	3,4	10,0	5,4			
Autres religions	5,0	8,9	7,1	6,3	6,7	6,1			
Degré de pratique religieuse									
Ensemble	***958***	***55***	***709***	***404***	***199***	***2325***			
Peu pratiquant	33,1	36,4	35,0	34,2	35,2	34,1	0,907	0,020	0,924
Très pratiquant	66,9	63,6	65,0	65,8	64,8	65,9			
Age									
Ensemble	***912***	***53***	***667***	***378***	***193***	***2203***			
[10-13]	35,1	30,2	33,7	31,5	47,7	35,0			
[14-16]	60,2	67,9	59,7	62,4	49,2	59,6	21,539	0,070	0,006
|17-19]	4,7	1,9	6,6	6,1	3,1	5,3			

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES BESOINS ÉDUCATIFS DES ÉLÈVES EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

Les besoins éducatifs en éducation à la sexualité des élèves s'articulent autour des cinq dimensions de la sexualité :

- La dimension comportementale représente 41,1% des thèmes éducatifs sur la sexualité suggérés par les élèves. Suivant leur représentativité dans le corpus de thèmes évoqués par les élèves les thèmes qui constituent cette dimension de la sexualité sont les suivants : Les grossesses (précoces, non désirées), l'abstinence sexuelle, les maladies (IST/VIH/sida), la protection (préservatif, prudence), l'avortement, …

- La dimension biologique représente 30,4% des thèmes éducatifs sur la sexualité énoncés par les élèves. Les thèmes qui sont constitutifs de cette dimension de la sexualité sont les suivants, en fonction de leur poids dans le corpus de thèmes suggéré par les élèves : le sexe (verge, vagin, pénis), les rapports sexuels, la reproduction (fécondation, vie, accouchement), la puberté (menstrues, cycles menstruel), l'excitation (érection, éjaculation, caresse), l'hygiène intime…

- La dimension psychoaffective représente à peu près 17,3% des thèmes éducatifs sur la sexualité exprimés par les élèves. Suivant leur représentativité, ces besoins éducatifs concernent les thèmes suivants : l'amour (aimer), le plaisir, le désir (envie), la passion, la relation amoureuse, comment embrasser, les filles (femmes), les garçons (hommes), l'amitié (copains, copines), l'homosexuel, le bonheur (heureux)…

- La dimension sociale/culturelle représente quant à elle 8,8% des thèmes éducatifs sur la sexualité évoqués par les élèves. Il s'agit notamment suivant leur représentativité, des thèmes suivants : la prostitution (vagabondage sexuel), le film pornographique, le viol, la pédophilie, le sexisme…

- La dimension morale représente enfin 2,4% des thèmes éducatifs sur la sexualité exprimés par les élèves. Suivant leur représentativité dans le corpus de thèmes, il s'agit entre autres de : la fidélité, le mariage (famille, couple, conjoints, parents,

divorce), la responsabilité (assumer, travail), l'éducation (moralité), l'adultère (infidélité, fornication), le respect…

Globalement, les trois facteurs qui ont une influence sur les thèmes éducatifs suggérés par les élèves sont respectivement : la ville de résidence, l'âge des élèves et le groupe ethnique d'origine. Toutefois, cette influence est peu significative.

7. EXPÉRIENCE SEXUELLE DES ÉLÈVES

7.1. Expérience d'une relation amoureuse

Globalement, un élève sur deux a déjà eu une relation amoureuse (49,9%). Il n'existe pas de différence entre les filles et les garçons (p = 0,226), quelque soit leur religion (p = 0,086). Toutefois, les élèves de la classe de troisième sont plus susceptibles d'avoir eu un(e) petit(e) ami(e) que ceux de la classe de quatrième (p < 0,001 ; V = 0,094). Même constat pour les élèves résidant dans les villes de Douala et de Yaoundé, contrairement à leurs camarades de la ville de Bafoussam (p < 0,001 ; V = 0,201). Les élèves du groupe ethnique des Bantous ont plus tendance à avoir une relation amoureuse que ceux des groupes ethniques des Semi-Bantous et des Soudanais (p < 0,001 ; V = 0,202). De même, les élèves les plus âgés ([14-16] ans et [17 - 19] ans) sont plus enclins à avoir eu un(e) petit(e) ami(e), contrairement aux élèves les plus jeunes (p < 0,001 ; V = 273). D'un point de vue pratique religieuse, les élèves les moins pratiquants ont une propension plus élevé à avoir déjà eu une relation amoureuse par rapport aux élèves les plus pratiquants. Le tableau 28-1 donne une synthèse de ces résultats.

Tableau 28-1 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils aient une déjà eu une relation amoureuse

Facteurs socioculturels	Avez-vous déjà eu un(e) petit(e) ami(e) ? Oui	Non	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***1526***	***1531***	***3057***			
	49,9%0	***50,1%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	44,0	41,8	42,9	1,467	0,022	0,226
Fille	56,0	58,2	57,1			
Niveau d'instruction						
4ème	36,0	45,3	40,7	26,942	0,094	< 0,001
3ème	64,0	54,7	59,3			
Ville						
Bafoussam	25,2	42,9	34,1			
Douala	43,8	28,3	36,0	122,935	0,201	< 0,001
Yaoundé	31,1	28,8	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	47,8	29,5	38,6			
Semi-Bantous	47,3	67,3	57,3	124,695	0,202	< 0,001
Soudanais	4,8	3,3	4,1			
Religion						
Catholique	54,1	56,4	55,2			
Protestant	31,8	31,9	31,9	6,600	0,046	0,086
Musulman	7,7	5,5	6,6			
Autres religions	6,4	6,2	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***1499***	***1480***	***2979***			
Peu pratiquant	40,5	34,8	37,7	10,293	0,059	0,001
Très pratiquant	59,5	65,2	62,3			
Age						
Ensemble	***1393***	***1391***	***2784***			
[10-13]	20,6	42,7	31,6			
[14-16]	68,8	55,2	62,0	207,89	0,273	< 0,001
|17-19]	10,6	2,1	6,4			

7.2. Discussion des sujets de sexualité dans le couple

Parmi les élèves ayant un(e) petit(e) ami(e) ou l'ayant déjà eu, la grande majorité affirment discuter souvent des sujets de sexualité avec leur partenaire (68,8%). Cette tendance est partagée par les élèves, filles comme garçons (p = 0,732), quelque soit la ville de résidence (p = 0,325), le groupe ethnique d'origine (p = 0,210), la religion (p = 0,054) et le degré de pratique religieuse (p = 0,076). Par contre, lorsqu'ils sont en couple, les élèves les plus jeunes ([10-13] ans) ont plus tendance à ne pas discuter de sexualité avec leur petit(e) ami(e), contrairement à leurs camarades plus âgés (p < 0,001 ; V = 0,163). La synthèse de ces résultats est présentée par le tableau 28-2.

Tableau 28-2 : Répartition (%) des élèves selon qu'il discute de la sexualité avec leur partenaire

Facteurs socioculturels	Si vous avez un(e) petit(e) ami(e), discutez-vous avec lui(elle) des sujets de sexualité ?		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas du tout	souvent				
Ensemble	***473*** ***31,2%***	***1042*** ***68,8%***	***1515*** ***100%***			
Sexe						
Garçon	44,6	43,7	44,0	0,117	0,009	0,732
Fille	55,4	56,3	56,0			
Niveau d'instruction						
4ème	44,4	32,1	35,9	21,539	0,119	< 0,001
3ème	55,6	67,9	64,1			
Ville						
Bafoussam	26,2	24,5	25,0	2,247	0,039	0,325
Douala	45,5	43,4	44,0			
Yaoundé	28,3	32,1	31,0			
Groupe ethnique						
Bantous	45,5	49,2	48,1	3,120	0,045	0,210
Semi-Bantous	50,3	45,6	47,1			
Soudanais	4,2	5,2	4,9			
Religion						
Catholique	49,9	56,2	54,3	7,646	0,071	0,054
Protestant	34,5	30,6	31,8			
Musulman	7,6	7,8	7,7			
Autres religions	8,0	5,4	6,2			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***463***	***1026***	***1489***			
Peu pratiquant	44,1	39,2	40,7	3,147	0,046	0,076
Très pratiquant	55,9	60,8	59,3			
Age						
Ensemble	***422***	***961***	***1383***			
[10-13]	29,4	16,9	20,7	36,566	0,163	< 0,001
[14-16]	64,7	70,3	68,6			
[17-19]	5,9	12,8	10,7			

7.3. Expérience de la pratique sexuelle

Globalement, un élève sur quatre affirme avoir déjà échangé un baiser avec son partenaire (24,6%), ceci quelque soit sa religion (p = 0,491). Les garçons ont plus tendance que les filles à déclarer avoir déjà fait cette expérience en couple. On note également une influence

significative des autres facteurs socioculturels sur le comportement des élèves. Ainsi, les élèves les plus âgée ([14-16] ans, [17-19] ans) sont plus enclins à déclarer avoir déjà embrassé leur partenaire sur la bouche, contrairement aux élèves les moins âgés (p < 0,001 ; V = 0,310). Le même constat est fait respectivement pour les élèves résidant dans les villes de Douala et de Yaoundé contrairement aux élèves des villes de Bafoussam (p = 0, 000 ; V = 0,197), pour les élèves des groupes ethniques des Bantous et des Soudanais contrairement à ceux du groupe ethnique des Semi-Bantous (p < 0,001 ; V = 0,184), pour les élèves de troisième contrairement aux élèves de quatrième (p < 0,001 ; V = 0,122) et enfin pour les élèves ayant une faible pratique religieuse contrairement aux élèves très pratiquants (p = 0,026 ; V = 0,041). Le tableau 28-3 ci-dessous présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 28-3 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils aient déjà embrassé leur amoureux sur la bouche

Facteurs socioculturels	Avez-vous déjà embrassé un(e) petit(e) ami(e) sur la bouche		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Non jamais	souvent				
Ensemble	***2307***	***753***	***3060***			
	75,4%	***24,6%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	40,7	49,4	42,8	17,727	0,076	< 0,001
Fille	59,3	50,6	57,2			
Niveau d'instruction						
4ème	43,9	30,0	40,5	45,499	0,122	< 0,001
3ème	56,1	70,0	59,5			
Ville						
Bafoussam	39,1	19,0	34,1			
Douala	31,6	49,5	36,0	118,81	0,197	< 0,001
Yaoundé	29,4	31,5	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	33,8	53,1	38,6			
Semi-Bantous	62,6	41,4	57,4	103,96	0,184	< 0,001
Soudanais	3,6	5,4	4,1			
Religion						
Catholique	55,2	55,4	55,2			
Protestant	32,4	30,3	31,9	2,414	0,028	0,491
Musulman	6,3	7,4	6,6			
Autres religions	6,1	6,9	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***2237***	***745***	***2982***			
Peu pratiquant	36,5	41,1	37,7	4,932	0,041	0,026
Très pratiquant	63,5	58,9	62,3			
Age						
Ensemble	***2088***	***699***	***2787***			
[10-13]	37,6	13,6	31,6			
[14-16]	59,5	69,4	62,0	267,04	0,310	< 0,001
|17-19]	2,9	17,0	6,4			

Dans la même lancée, quelque soit leur religion (p = 0,368), moins d'un quart des élèves déclarent avoir déjà échangé des caresses avec quelqu'un (22,8%). Une différence significative existe entre les réponses des élèves relativement aux différents facteurs socioculturels. Ainsi, les garçons ont plus tendance à déclarer avoir déjà échangé des caresses

avec leur partenaire contrairement aux filles (p < 0,001 ; V = 0,100). Cette tendance est également observée pour les autres facteurs socioculturels. C'est le cas pour les élèves les plus âgés ([14-16] ans, [17-19] ans) contrairement aux élèves les moins âgés (p < 0,001 ; V = 308), pour les élèves résidant dans les villes de Douala et de Yaoundé contrairement aux élèves de la ville de Bafoussam (p < 0,001 ; V = 0,179), pour les élèves des groupes ethniques des Bantous et des Soudanais contrairement au élèves du groupe ethnique des Semi-Bantous (p < 0,001 ; V = 0,145), pour les élèves de troisième contrairement au élèves de la quatrième (p < 0,001 ; V = 0,120) et enfin pour les élèves ayant une faible pratique religieuse contrairement aux élèves très pratiquants (p = 0,003 ; V = 0,055). Le tableau 28-4 présente la synthèse de ces résultats.

Tableau 28-4 : Répartition (%) des élèves selon qu'ils aient déjà échangé des caresses avec quelqu'un

Facteurs socioculturels	Avez-vous déjà échangé des caresses avec quelqu'un ?		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Non jamais	souvent				
Ensemble	***2365***	***697***	***3062***			
	77,2%	***22,8%***	***100%***			
Sexe						
Garçon	40,2	51,9	42,8	30,443	0,100	< 0,001
Fille	59,8	48,1	57,2			
Niveau d'instruction						
4ème	43,7	29,7	40,5	43,916	0,120	< 0,001
3ème	56,3	70,3	59,5			
Ville						
Bafoussam	38,2	20,1	34,1			
Douala	32,0	49,5	36,0	97,775	0,179	< 0,001
Yaoundé	29,8	30,4	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	35,1	50,5	38,6			
Semi-Bantous	61,3	44,2	57,4	64,212	0,145	< 0,001
Soudanais	3,7	5,3	4,0			
Religion						
Catholique	55,5	54,5	55,3			
Protestant	32,1	31,0	31,8	3,155	0,032	0,368
Musulman	6,2	8,0	6,6			
Autres religions	6,3	6,5	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***2299***	***684***	***2983***			
Peu pratiquant	36,2	42,5	37,6	9,067	0,055	0,003
Très pratiquant	63,8	57,5	62,4			
Age						
Ensemble	***2142***	***645***	***2787***			
[10-13]	37,4	12,4	31,6			
[14-16]	59,5	70,2	62,0	263,63	0,308	< 0,001
|17-19]	3,1	17,4	6,4			

Comme on peut le relever dans le tableau 28-5, plus d'un élève sur dix a déjà eu un rapport sexuel (14,4%). Les garçons ont significativement plus tendance à déclarer avoir déjà eu un rapport sexuel que les filles (p < 0,001 ; V = 0,150). Plus les élèves sont âgés, et plus ils ont une propension à passer à l'acte (p < 0,001 ; V = 0,367), tout comme les élèves de la classe de

troisième sont plus nombreux à déclarer avoir déjà eu un rapport sexuel contrairement à leurs camarades de la classe de quatrième (p < 0,001 ; V = 0,108).

La ville de résidence a aussi une forte influence sur le comportement sexuel des élèves, puisque les élèves résidant dans la ville de Bafoussam ont une faible propension à passer à l'acte contrairement aux élèves résidant dans les villes de Douala et de Yaoundé (p < 0,001 ; V = 0,138). Cette tendance s'observe également chez les élèves du groupe ethnique des Semi-Bantou comparativement aux élèves des groupes ethnique des Bantous et des Soudanais (p < 0,001 ; V = 0,126).

La religion n'est pas du reste, puisque les élèves de religion catholique sont plus enclin à passer à l'acte que leurs camarades de religion protestante ou musulmane (p = 0,005 ; V = 0,065). De même les élèves qui ont un faible degré de pratique ont plus tendance à déclarer avoir déjà eu un rapport sexuel que les élèves ayant un degré de pratique religieuse importante (p = 0,012 ; V = 0,046).

La moyenne d'âge des élèves lors de leur premier rapport sexuel est de 14,82 ans (écart type = 1,41). Cet âge moyen varie de 14,4 ans (écart-type = 1,34) pour les garçons à 15,3 ans pour les filles (écart-type = 1,35).

Tableau 28-5 : Répartition (%) des élèves selon leurs pratiques en sexualité

Facteurs socioculturels	Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ? Non jamais	souvent	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	**2618** **85,56%**	**442** **14,44%**	**3060** **100%**			
Sexe						
Garçon	39,8	60,9	42,8	68,743	0,150	< 0,001
Fille	60,2	39,1	57,2			
Niveau d'instruction						
4ème	42,7	27,6	40,5	35,787	0,108	< 0,001
3ème	57,3	72,4	59,5			
Ville						
Bafoussam	36,4	20,1	34,1			
Douala	33,6	50,2	36,0	58,647	0,138	< 0,001
Yaoundé	30,0	29,6	29,9			
Groupe ethnique						
Bantous	36,2	52,0	38,5			
Semi-Bantous	60,0	42,3	57,4	48,285	0,126	< 0,001
Soudanais	3,8	5,7	4,1			
Religion						
Catholique	54,5	59,5	55,3			
Protestant	32,9	25,6	31,8	12,890	0,065	0,005
Musulman	6,2	9,0	6,6			
Autres religions	6,4	5,9	6,3			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***2544***	***437***	***2981***			
Peu pratiquant	36,7	43,0	37,6	6,320	0,046	0,012
Très pratiquant	63,3	57,0	62,4			
Age						
Ensemble	***2375***	***412***	***2787***			
[10-13]	36,3	4,9	31,6			
[14-16]	60,5	70,1	62,0	374,5	0,367	< 0,001
[17-19]	3,2	25,0	6,4			

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE L'EXPÉRIENCE SEXUELLE DES ÉLÈVES

Parmi les élèves enquêtés, 49,9% disent avoir déjà eu une relation amoureuse. S'il n'y a pas de différence significative entre les réponses des filles et des garçons, on note toutefois une forte influence de l'âge, du groupe ethnique d'origine et de la ville de résidence des élèves sur leurs réponses. De même, une faible influence du niveau d'instruction et du degré de pratique religieuse des élèves est relevée, la religion n'ayant par contre aucune influence.

Parmi les élèves ayant déclaré avoir déjà eu une relation amoureuse, 68,8% déclarent discuter souvent de la sexualité avec leur amoureux. A ce propos, les filles et les garçons répondent pareillement. Toutefois, les facteurs socioculturels comme l'âge et la ville de résidence des élèves ont une forte influence sur les réponses des élèves.

Globalement, 75,4% des élèves déclarent n'avoir jamais embrassé un(e) ami(e) sur la bouche. Les filles ont plus tendance à déclarer cela, contrairement aux garçons. En dehors de la religion, tous les autres facteurs socioculturels ont une influence sur les réponses des élèves. L'âge, la ville de résidence, le groupe ethnique d'origine et le niveau d'instruction des élèves ont une influence significative sur les réponses qu'ils donnent à ce sujet.

De même, les élèves sont nombreux (77,2%) à déclarer n'avoir jamais échangé les caresses avec quelqu'un. Les filles ont significativement plus tendance à déclarer cela, contrairement aux garçons. Une fois encore, l'âge, la ville de résidence, le groupe ethnique d'origine, le niveau d'instruction et le degré de pratique religieuse des élèves ont dans cet ordre, une influence significative sur les réponses des élèves.

Globalement, 14,4% des élèves déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel. Les garçons ont significativement plus tendance à déclarer avoir déjà eu un rapport sexuel, contrairement aux filles. L'âge est les facteurs qui influence le plus la réponse des élèves. De même, la ville de résidence, le groupe ethnique d'origine, le niveau d'instruction et le degré de pratique religieuse des élèves ont une influence significative sur les réponses des élèves.

Les facteurs socioculturels ont dans l'ensemble une influence significative sur l'expérience sexuelle des élèves. L'âge, la ville de résidence, le groupe ethnique d'origine des élèves et le sexe ayant régulièrement une forte influence sur les réponses données par les élèves sur leur expérience sexuelle.

7.4. Analyse en composantes principales des réponses des élèves

7.4.1. Préalables

Les variables sous forme d'échelle de Likert sont considérées comme continues, ce qui nous permet de faire une Analyse en Composantes Principales (ACP) suivie d'une Classification Hiérarchique Ascendante (CHA).

Par contre, les variables qualitatives (sexe, groupe ethnique, religion,…) ne sont pas inclues dans cette analyse car ce sont des variables nominales.

Dans cette analyse, l'ensemble des variables candidates a été inclus dans l'analyse :

- Contexte : âge (Q2), niveau d'études du père (Q8) et de la mère (Q9), degré de pratique religieuse de l'élève (Q15), degré de croyance des parents (Q16), nombre d'amis (Q38), sexualité abordée avec les amis (Q39) ;
- Pratiques : embrasser (Q42-1), caresser (Q42-2), rapports sexuels (Q42-3) ;
- Représentations : Niveau d'information (Q19), Q21-a à Q21-o, utilité (Q25) et facilité (Q26) de parler de sexualité avec des adultes, importance des règles de la religion en matière de sexualité (Q29), rôle de l'école et des parents concernant l'éducation à la sexualité (Q33-a à Q33-f), relations avec les parents concernant la sexualité : sujet abordé (Q34), avec facilité (Q35), connaissances des parents en matière de sexualité (Q36).

7.4.2. Statistiques descriptives

Variable	Moyenne	Ecart-type
Q15	2,7906	1,1168
Q16	3,4606	0,8278
Q19	2,2997	1,1997
Q21_a	3,2931	0,9828
Q21_b	1,2634	0,6507
Q21_c	1,3052	0,7024
Q21_d	1,8584	1,1218
Q21_e	2,1994	1,1673
Q21_f	3,1218	1,1206
Q21_g	2,4612	1,2121
Q21_h	2,8749	1,1788
Q21_i	2,1201	1,2204
Q21_j	1,7135	1,0602
Q21_k	3,0259	1,1879
Q21_l	1,7317	1,1003
Q21_m	2,3317	1,2766
Q21_n	2,2424	1,2171
Q21_o	2,0303	1,2144

Variable	Moyenne	Ecart-type
Q25	3,4039	0,9997
Q26	2,8837	1,1580
Q29	2,9719	1,1654
Q33_a	2,7025	1,1794
Q33_b	2,7537	1,1956
Q33_c	2,3994	1,1966
Q33_d	1,7598	1,0747
Q33_e	2,6485	1,1916
Q33_f	3,3405	0,9921
Q34	2,1163	1,2142
Q35	2,0909	1,2009
Q36	2,9080	1,1017
Q38	3,5603	0,7302
Q39	3,1025	1,0555
Q42_a	1,8110	1,0229
Q42_b	1,7543	1,0181
Q42_c	1,3069	0,7594

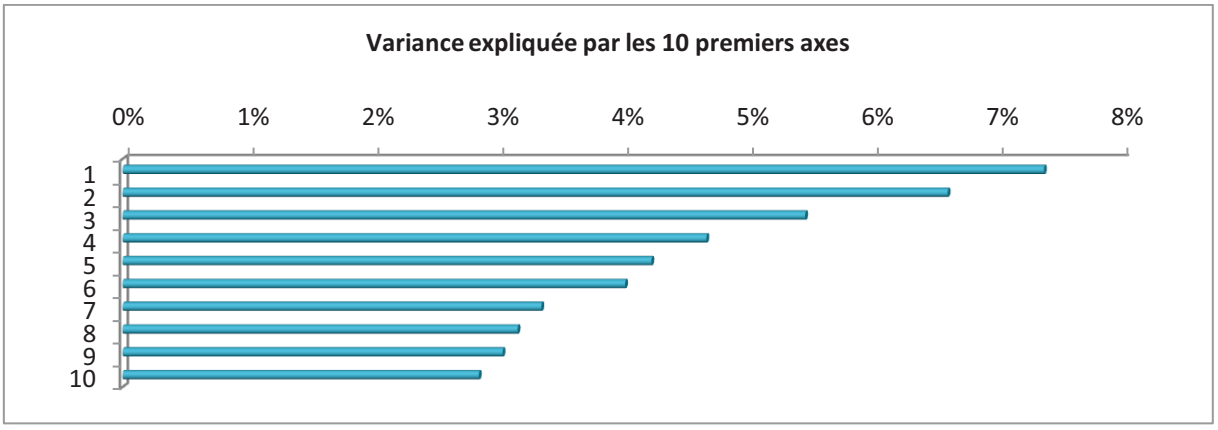
L'analyse repose sur 1815 individus, puisque toute observation contenant au moins une valeur manquante pour les variables étudiées est exclue.

7.4.3. Corrélations entre les variables

Dans l'ensemble, les corrélations entre les variables sont très faibles ($\rho<0,20$). Seules les variables concernant les pratiques sont plus fortement corrélées entre elles ($\rho\approx0,50$) et avec l'âge de l'élève ($\rho\approx0,32$). Mais ces corrélations restent tout de même faibles.

7.4.4. Valeurs propres et variance expliquée

	Valeur propre	Variance expliquée	Variance expliquée totale		Valeur propre	Variance expliquée	Variance expliquée totale
1	2,8020	7,37%	7,37%	**20**	0,8659	2,28%	69,68%
2	2,5088	6,60%	13,98%	**21**	0,8640	2,27%	71,95%
3	2,0753	5,46%	19,44%	**22**	0,8410	2,21%	74,16%
4	1,7728	4,67%	24,10%	**23**	0,8098	2,13%	76,30%
5	1,6056	4,23%	28,33%	**24**	0,7968	2,10%	78,39%
6	1,5284	4,02%	32,35%	**25**	0,7668	2,02%	80,41%
7	1,2729	3,35%	35,70%	**26**	0,7464	1,96%	82,37%
8	1,2005	3,16%	38,86%	**27**	0,7380	1,94%	84,32%
9	1,1543	3,04%	41,90%	**28**	0,7147	1,88%	86,20%
10	1,0837	2,85%	44,75%	**29**	0,7111	1,87%	88,07%
11	1,0506	2,76%	47,51%	**30**	0,6797	1,79%	89,86%
12	1,0188	2,68%	50,19%	**31**	0,6550	1,72%	91,58%
13	0,9955	2,62%	52,81%	**32**	0,6414	1,69%	93,27%
14	0,9698	2,55%	55,37%	**33**	0,6253	1,65%	94,91%
15	0,9443	2,48%	57,85%	**34**	0,4899	1,29%	96,20%
16	0,9295	2,45%	60,30%	**35**	0,4192	1,10%	97,31%
17	0,9123	2,40%	62,70%	**36**	0,3921	1,03%	98,34%
18	0,9038	2,38%	65,08%	**37**	0,3428	0,90%	99,24%
19	0,8828	2,32%	67,40%	**38**	0,2885	0,76%	100,00%



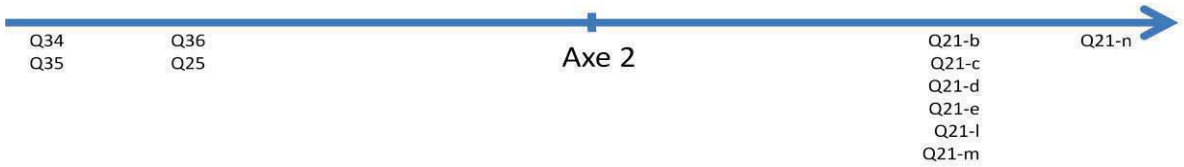
D'après les valeurs propres, on choisit de garder 3 axes (un autre saut est observé entre les axes 6 et 7, mais c'est un nombre d'axes important). Avec 3 axes, on explique 19,44% de la variance (ce qui est peu).

7.4.5. Signification des axes et cercle des corrélations

Variable	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Age	**0,5246**	-0,1217	-0,21	0,2136
Q8	-0,0535	-0,1275	**0,4112**	**-0,5806**
Q9	-0,051	-0,0893	**0,4452**	**-0,566**
Q15	-0,0716	-0,1039	**0,3986**	-0,0875
Q16	0,0487	-0,0731	**0,3663**	-0,2189
Q19	**0,332**	-0,1281	0,0386	0,0538
Q21_a	0,0417	-0,1708	0,1671	-0,0399
Q21_b	-0,0518	**0,3507**	0,2753	**0,3993**
Q21_c	-0,0306	**0,3816**	0,2827	**0,4052**
Q21_d	**0,3621**	**0,3521**	0,0926	0,0396
Q21_e	0,1135	**0,3374**	0,2502	-0,0052
Q21_f	0,0144	0,0244	0,141	0,0397
Q21_g	-0,0107	0,0484	0,3022	0,0543
Q21_h	-0,0067	0,0771	0,3204	-0,1339
Q21_i	-0,0513	0,2267	0,2147	0,0688
Q21_j	0,0631	0,299	0,0955	0,1247
Q21_k	-0,1393	-0,1089	0,1285	0,0169
Q21_l	0,2503	**0,3491**	0,2065	0,0085
Q21_m	0,054	**0,3943**	0,1899	0,0615

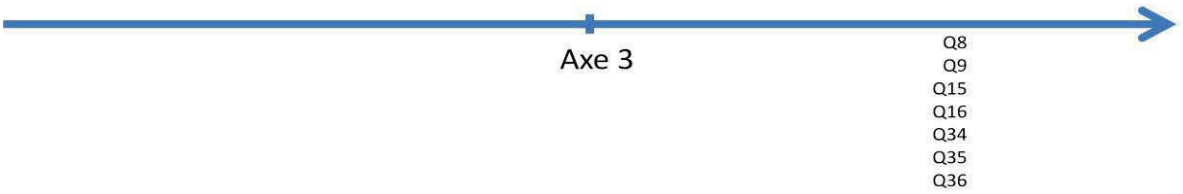
Variable	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Q21_n	0,0593	**0,4971**	0,2206	0,0842
Q21_o	**0,3557**	0,2688	0,1782	-0,0917
Q25	0,1022	**-0,376**	0,0557	0,0989
Q26	-0,0298	0,1406	0,037	**-0,3633**
Q29	0,0021	-0,2256	0,2196	0,1248
Q33_a	0,1438	-0,128	-0,0128	0,0505
Q33_b	0,024	-0,1823	-0,027	-0,0642
Q33_c	0,0806	0,0372	0,2291	0,2239
Q33_d	-0,0341	0,2756	0,1231	0,0253
Q33_e	-0,0632	0,0875	0,2809	0,0728
Q33_f	0,0689	-0,2229	0,0788	-0,0806
Q34	0,0516	**-0,54**	**0,3621**	**0,4268**
Q35	0,0526	**-0,5558**	**0,3933**	**0,3992**
Q36	-0,0249	**-0,3228**	**0,3858**	0,0619
Q38	-0,0386	0,0081	0,1266	-0,1429
Q39	**0,4161**	-0,1821	0,0874	-0,0789
Q42_a	**0,8001**	-0,0782	-0,0066	-0,0973
Q42_b	**0,7978**	-0,0439	-0,0194	-0,1139
Q42_c	**0,7253**	0,0312	-0,0697	-0,0338

A droite de l'axe, on retrouve la variable d'âge et celles concernant les pratiques, dans le sens où plus les élèves sont âgés, plus ils ont des pratiques régulières. Dans une moindre mesure, on retrouve également de ce coté de l'axe les élèves qui déclarent avoir le plus d'informations sur la sexualité, qui déclarent en discuter avec leur amis et qui sont d'accord avec les propositions Q21-d et Q21-o.

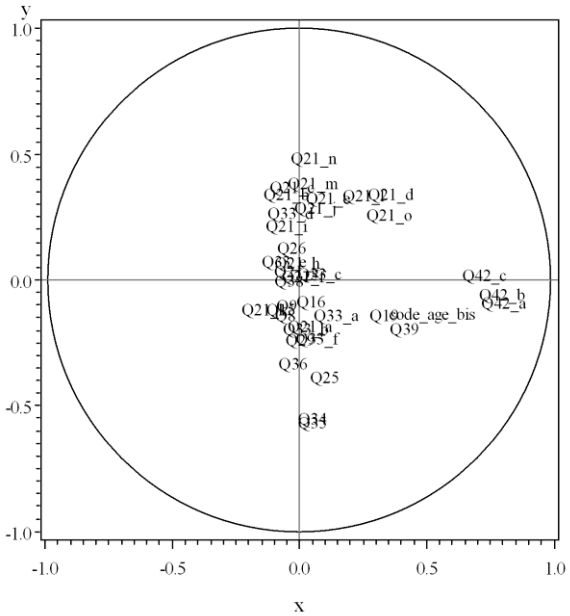


A gauche de l'axe, on retrouve les élèves qui parlent souvent de sexualité avec leurs parents et qui déclarent que ceux-ci sont à l'aise et ont de bonnes connaissances sur le sujet. Ces élèves pensent également qu'il est utile de parler de sexualité avec les adultes à l'école.

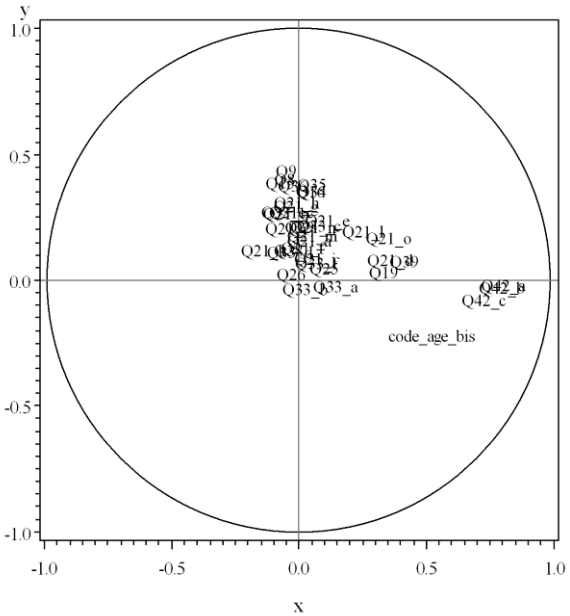
A droite, il y a les élèves qui sont d'accord avec les propositions Q21-n, b, c, d, e, l et m.



A droite de l'axe, on retrouve les élèves pratiquants et dont les parents ont un niveau d'études élevé et croyants. Ces élèves sont ceux qui parlent plus souvent de sexualité avec leurs parents et pensent que ceux-ci sont à l'aise pour en parler et qu'ils ont de bonnes connaissances sur le sujet.

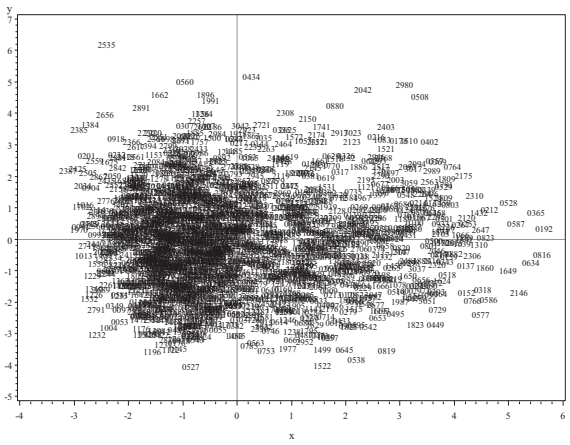


Axe 1 x Axe2

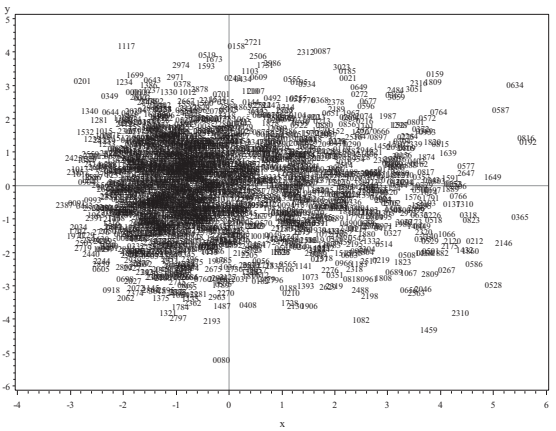


Axe 1 x Axe3

Représentation des individus



Axe 1 x Axe



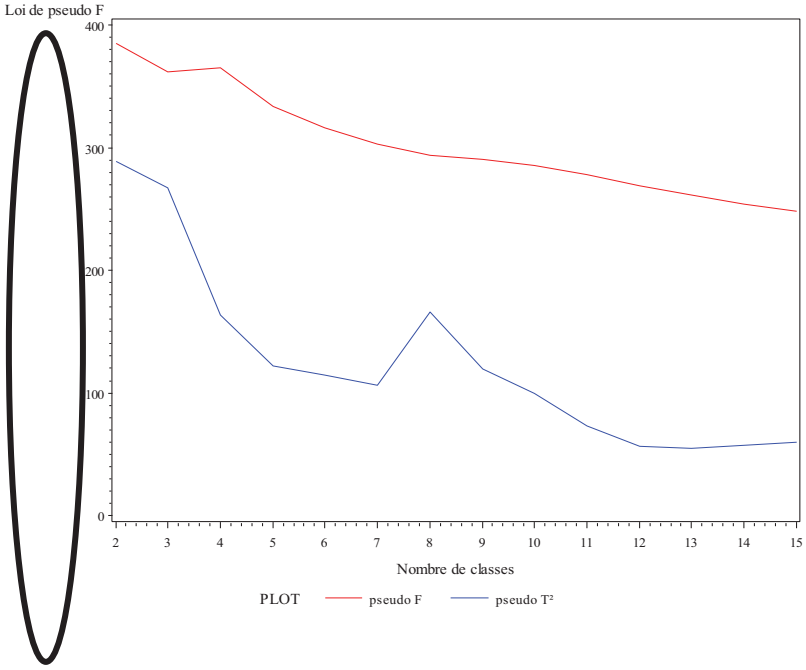
Axe 1 x Axe

7.4.6. Classification Hiérarchique Ascendante

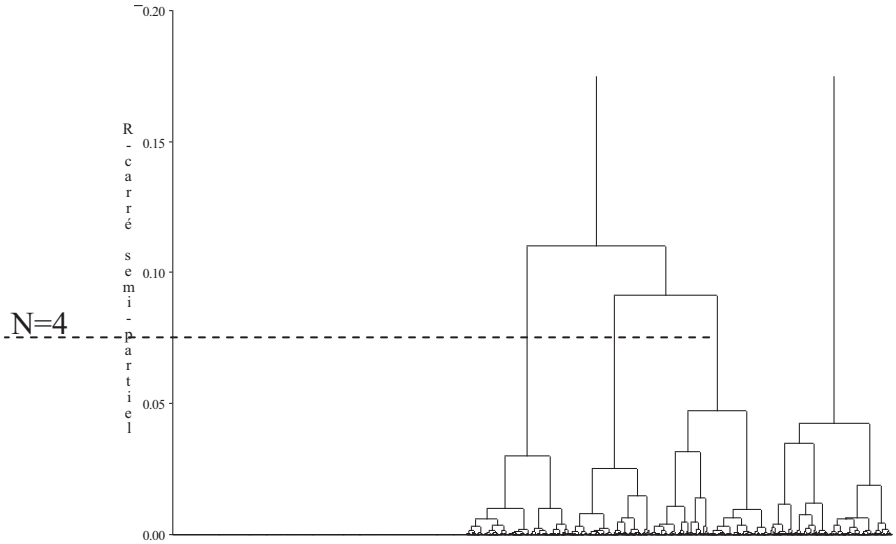
- **Choix du nombre de classes**

Pour choisir le nombre de classes, on peut se servir des courbes du pseudo-F et du pseudo-t². Le pseudo-F est le rapport entre l'inertie inter classe et l'inertie intra classe. Le pseudo-t² caractérise l'étalement intra classe quand on regroupe deux classes (il se construit de droite à gauche). Un creux indique que l'on vient de mettre ensemble deux classes qui se ressemblent et un pic indique que l'on vient de regrouper de classes qui ne vont pas ensemble.

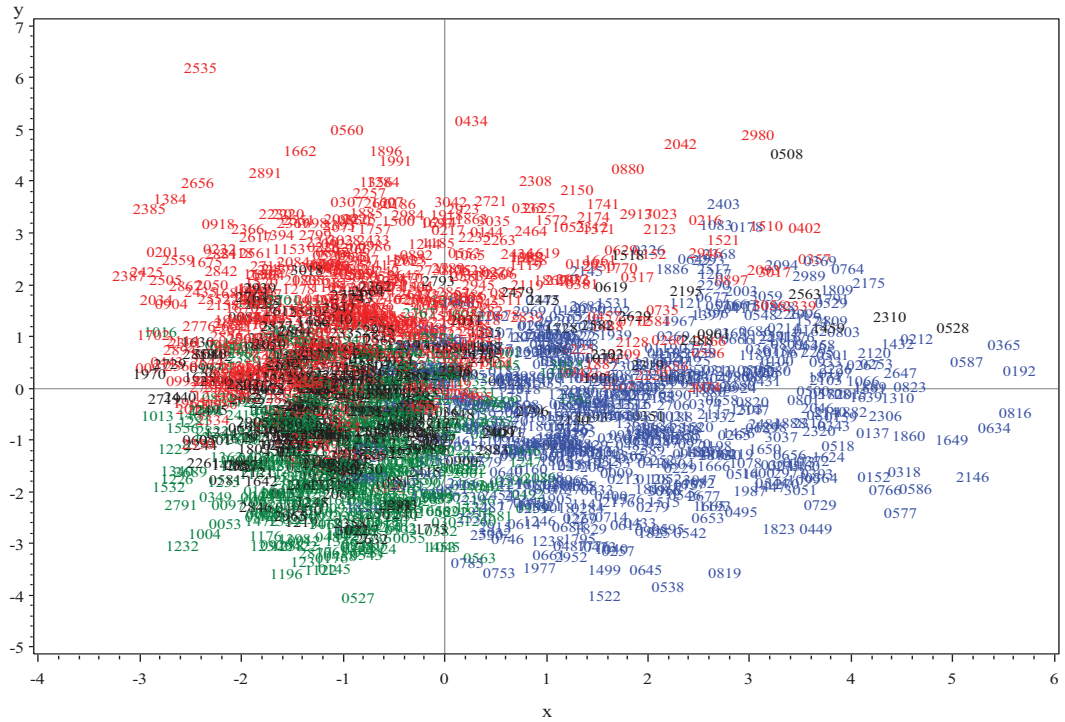
On recherche donc un pic pour le pseudo-F et un creux pour le pseudo-t².



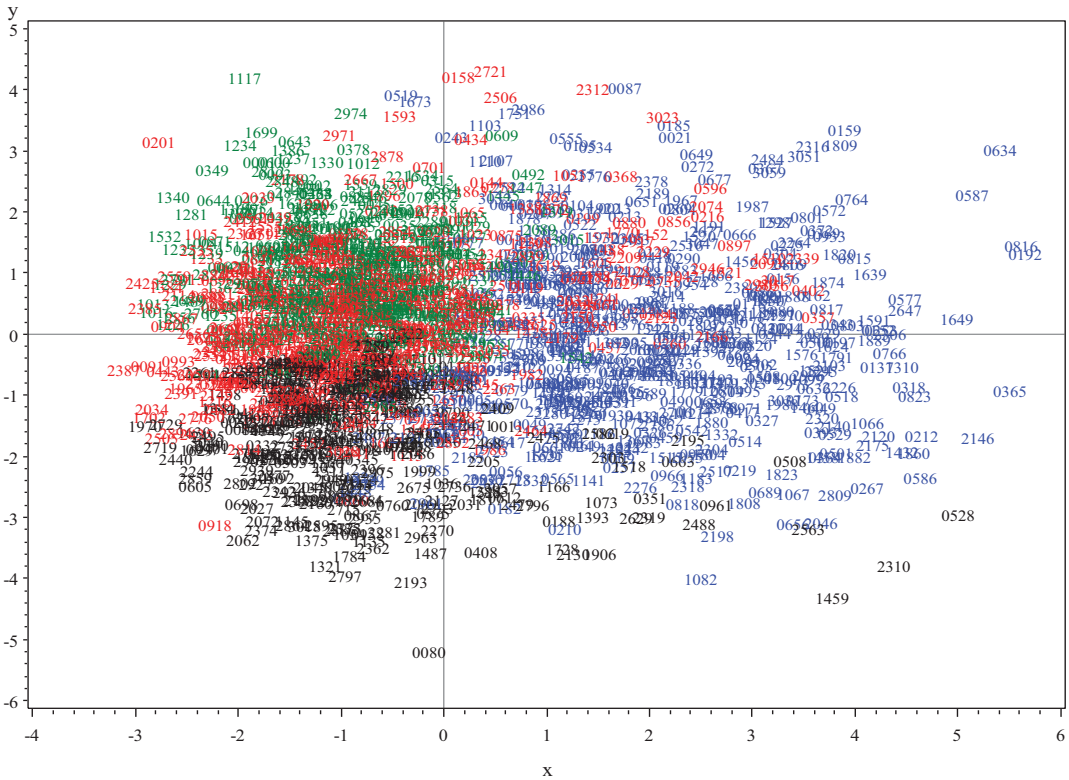
On retient donc une classification en 4 classes, et on a le dendrogramme suivant :



7.4.7. Représentation des individus par classe



Axe 1 x Axe



Axe 1 x Axe

7.4.8. Description des classes

L'analyse en composantes principales fait ressortir quatre groupes d'élèves.

Le premier groupe d'élèves se situe sur la droite de l'axe 1 (en bleu). Il est constitué d'élèves les plus âgés, ayant des pratiques sexuelles plus fréquentes. Ils déclarent avoir beaucoup d'informations sur la sexualité et discuter souvent de la sexualité avec leurs amis. Ces élèves sont également d'accord avec l'idée que « avoir des rapports sexuels avec son copain ou sa copine est une preuve d'amour » et que « un film porno, c'est un bon moyen pour apprendre ».

Le deuxième groupe d'élèves se situe en haut de l'axe 2 et plutôt sur la gauche de l'axe 1 (en rouge). Ces élèves sont d'accord avec sept propositions de la question 21. Pour eux, « dans un couple, c'est au garçon de décider ce qu'on doit faire », « c'est aux parents de choisir le futur mari de leur fille », « c'est aux parents de choisir la future épouse de leur fils », « avoir des rapports sexuels avec son copain ou sa copine est une preuve d'amour », « le chagrin d'amour c'est une histoire de fille », « la première fois on ne risque rien » et « une fille qui propose un préservatif est une habituée ».

Le troisième groupe d'élèves se situe sur la gauche de l'axe 1, en bas de l'axe 2 et haut de l'axe 3 (en vert). Ces élèves déclarent parler souvent de sexualité avec leurs parents et que ceux-ci sont à l'aise pour en parler et ont une bonne connaissance du sujet. Ces élèves déclarent également qu'il est utile de parler de sexualité à l'école avec des adultes. Ils disent avoir une pratique religieuse élevée, tout comme leurs parents sont croyants et ont un niveau d'études élevé.

Le quatrième groupe se situe en bas de l'axe 3 et plutôt à gauche de l'axe 1 (en noir). Ce sont les élèves qui déclarent ne pas parler de sexualité avec leurs parents et pensent que ceux-ci ne sont pas à l'aise pour en parler et ont peu de connaissances sur le sujet. Ce sont les élèves qui déclarent également avoir le moins d'informations sur la sexualité. Ils sont peu pratiquants (religieusement), sont plutôt jeunes et ont peu ou pas d'expérience au niveau des relations amoureuses et/ou sexuelles. Leurs parents sont peu croyants et ont un niveau d'études peu élevé.

On se retrouve ainsi face à des groupes d'élèves ayant des caractéristiques et des conceptions individuelles tout à fait différents et parfois même opposés. Cette hétérogénéité des caractéristiques et des conceptions individuelles des élèves relatifs à la sexualité et l'éducation à la sexualité pose le problème de leur prise en compte dans un groupe classe. En effet, le pari dans une action en éducation à la sexualité serait de prendre en compte cette diversité de profils des élèves. Néanmoins, la mise en évidence de ces groupes ouvre aussi la perspective d'une action ciblée en fonction des caractéristiques des groupes.

Chapitre 9

PRÉSENTATIONS DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES ENSEIGNANTS

Afin de garder une cohérence dans l'analyse de nos données, nous ne considèrerons dans nos différentes rubriques, que l'effectif des enseignants ayant effectivement répondu à la question. Les enseignants n'ayant pas répondu sont exclus chaque fois des analyses. L'analyse univariée de l'enquête auprès des enseignants et présentée en annexe 9

1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DES ENSEIGNANTS

1.1. Répartition des enseignants selon leur sexe et leur âge

L'échantillon d'enseignants enquêtés est constitué de 368 enseignants âgés de 22 à 59 ans. Les femmes sont majoritairement représentées dans cet échantillon (62,0% vs 38,0%). L'âge moyen des enseignants est de 36,0 ans (écart-type : 9,17 ans) avec une différence non significative entre l'âge moyen des hommes et celui des femmes (35,6 ans vs 36,2 ans ; p = 0,078).

Afin d'éviter une trop grande dispersion de notre échantillon suivant l'âge, les enseignants ont été regroupés en quatre groupes. Le groupe des [22-29] ans qui représentent 33,2% de l'échantillon, le groupe des [30-39] ans qui représentent 34,1% de l'échantillon, le groupe des [40-49] ans qui représentent 20,1% de l'échantillon et enfin le groupe des [50-59] ans représentant 12,6% de l'échantillon total.

1.2. Répartition des enseignants selon leur ville de résidence et leur groupe ethnique

La répartition géographique des enseignants suivant les trois villes où s'est déroulée l'enquête montre que la ville de Douala compte plus d'enseignants (37,8%) dans notre échantillon que la ville de Bafoussam (33,4%) et la ville de Yaoundé (28,8%). Les femmes comme les hommes ne sont pas préférentiellement installés dans une ville précise, ils ont tendance à s'installer et à prendre fonction quelque soit leur ville d'affectation. D'un point de vue ethnique, il y a sensiblement autant de Bantous (49,5%) que de Semi-Bantous (50,5%). Les

femmes sont significativement plus représentatives dans le groupe ethnique des Bantous, contrairement aux hommes qui sont plus représentatifs dans le groupe ethnique des Semi-Bantous. ($p < 0,001$; $V = 0,260$)

1.3. Répartition des enseignants suivant leur religion et leur degré de pratique religieuse

Globalement, l'échantillon compte plus d'enseignants catholique (39,5%) que d'enseignants protestants (31,9%), musulmans (7,1%) et les autres religions (21,5%). Il n'y a pas une différence significative de tendance entre les hommes et les femmes dans leur représentativité au sein des différentes religions ($p = 0,339$), de même que les hommes et les femmes affichent des tendances quasi identique relativement à leur degré de pratique religieuse ($p = 0,645$).

1.4. Répartition des enseignants selon leur discipline et leur expérience

Près de quatre enseignants sur dix enseignent une matière littéraire (38,9%), contre 21,6% qui enseignent les mathématiques ou la physique, 21,6% qui enseignent l'histoire et la géographie, et 17,9% qui enseignent soit les sciences et vie de la terre (SVT), l'éducation sociale et familiale (ESF) ou l'éducation physique et sportive (EPS). Les femmes sont significativement plus nombreuses à enseigner les SVT, ESF ou ESP contrairement aux hommes qui sont plus nombreux à enseigner les mathématiques ou la physique ($V = 0,169$; $p = 0,020$). Près de quatre enseignants sur dix ont dix années d'expérience et plus (38,2%), légèrement plus que les enseignants peu expérimentés (33,3%), mais bien plus que ceux qui ont entre quatre et six années d'expériences (15,5%) et ceux qui comptent de sept à neuf années d'expérience (13,0%). La différence de niveau d'expérience entre les hommes et les femmes n'est pas significative ($p = 0,543$).

Le tableau 29 ci-après présente globalement la répartition de cet échantillon suivant les principaux facteurs socioculturels.

Tableau 29: Répartition (%) des enseignants suivant les différents facteurs socioculturels						
Facteurs socioculturels	Hommes	Femmes	Total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***140***	***228***	***368***			
	38,0%	***62,0%***	***100%***			
Ville						
Bafoussam	38,6	30,3	33,4			
Douala	33,6	40,4	37,8	2,917	0,089	0,233
Yaoundé	27,9	29,4	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	32,9	59,6	49,5	24,908	0,260	< 0,001
Semi-Bantous	67,1	40,4	50,5			
Religion						
Catholique	34,5	42,5	39,5			
Protestant	33,1	31,1	31,9	3,363	0,096	0,339
Musulman	9,4	5,7	7,1			
Autres religions	23,0	20,6	21,5			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***127***	***180***	***307***			
Peu pratiquant	40,9	38,3	39,4	0,213	0,026	0,645
Très pratiquant	59,1	61,7	60,6			
Age						
Ensemble	***137***	***197***	***334***			
[20-29]	40,1	28,4	33,2			
[30-39]	27,7	38,6	34,1	6,811	0,143	0,078
|40-49]	18,2	21,3	20,1			
|50-59]	13,9	11,7	12,6			
Matière enseignée						
Ensemble	***139***	***208***	***347***			
Littéraire	38,8	38,9	38,9			
Svt-Esf-Eps	12,2	21,6	17,9	9,861	0,169	0,020
Hist-Géo	20,1	22,6	21,6			
Maths-physique	28,8	16,8	21,6			
Ancienneté						
Ensemble	**140**	**190**	**330**			
[1-3]	35,0	32,1	33,3			
[4-6]	12,1	17,9	15,5	2,144	0,081	0,543
|7-9]	12,9	13,2	13,0			
|10->]	40,0	36,8	38,2			

2. CONCEPTIONS DES ENSEIGNANTS SUR L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

2.1. Représentation des enseignants sur l'éducation à la sexualité

Afin de nous faire une idée des conceptions des enseignants sur l'éducation à la sexualité, nous présentons dans cette section, une analyse de leurs avis recueillis par le questionnaire ayant servi de support à notre enquête.

2.2. Conceptions des enseignants sur la nécessité d'une éducation à la sexualité à l'école

Lorsqu'on leur demande leur avis sur la nécessité de l'éducation à la sexualité des jeunes, environ six enseignants sur dix (60,3%), jugent que cette éducation des jeunes est nécessaire. Les enseignants de SVT, ESF et EPS sont ceux qui ont le plus tendance à être d'accord que l'éducation à la sexualité est nécessaire pour les jeunes ($p = 0,029$; $V = 0,169$). De même, les enseignants de religion catholique ont plus tendance à juger l'éducation à la sexualité nécessaire, contrairement aux enseignants des autres religions qui ne la juge pas nécessaire ($p = 0,011$; $V = 0,174$). Les autres facteurs socioculturels n'ont par contre aucune influence significative sur les avis donnés par les enseignants sur cette question. Le tableau 30-1 présente une synthèse de ces résultats.

2.3. Conceptions des enseignants sur le rôle de l'école en éducation à la sexualité

Si la majorité des enseignants jugent nécessaire l'éducation à la sexualité des jeunes, ils sont aussi majoritaire à s'opposer à l'idée que ce soit le rôle de l'école. En effet, lorsqu'on leur demande si c'est le rôle de l'école d'assurer l'éducation sexuelle des élèves, 51,1% des enseignants se déclarent contre cette idée. Contrairement aux enseignants de SVT, ESF et EPS, les enseignants des autres disciplines ont plus tendance à s'opposer avec cette idée ($p = 0,027$; $V = 0,163$). En dehors de ce déterminant social, aucun autre déterminant retenu n'a une influence significative sur la position des enseignants vis-à-vis de cette question, la différence entre leurs réponses n'étant pas significative. Le tableau 30-2 présente la synthèse de ces résultats.

Tableau 30-1: Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur la nécessité d'une ES						
Facteurs socioculturels	A votre avis, une éducation à la sexualité des jeunes est-elle vraiment nécessaire ?			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas nécessaire	Nécessaire	Total			
Ensemble	***146***	***222***	***368***			
	39,7%	***60,3%***	***100%***			
Sexe						
Homme	39,0	37,4	38,0	0,102	0,017	0,749
Femme	61,0	62,6	62,0			
Ville						
Bafoussam	28,8	36,5	33,4	2,986	0,090	0,225
Douala	38,4	37,4	37,8			
Yaoundé	32,9	26,1	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	48,6	50,0	49,5	0,066	0,013	0,794
Semi-Bantous	51,4	50,0	50,5			
Religion						
Catholique	32,2	44,4	39,5	11,082	0,174	0,011
Protestant	32,2	31,7	31,9			
Musulman	11,6	4,1	7,1			
Autres religions	24,0	19,9	21,5			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***124***	***183***	***307***			
Peu pratiquant	43,5	36,6	39,4	1,489	0,070	0,222
Très pratiquant	56,5	63,4	60,6			
Age						
Ensemble	***129***	***205***	***334***			
[20-29]	33,3	33,2	33,2	0,110	0,018	0,991
[30-39]	34,1	34,1	34,1			
|40-49]	19,4	20,5	20,1			
|50-59]	13,2	12,2	12,6			
Matière enseignée						
Ensemble	***139***	***208***	***347***			
Littéraire	46,8	33,7	38,9	9,045	0,161	0,029
Svt-Esf-Eps	11,5	22,1	17,9			
Hist-Géo	20,9	22,1	21,6			
Maths-physiques	20,9	22,1	21,6			
Ancienneté						
Ensemble	**140**	**190**	**330**			
[1-3]	34,1	32,8	33,3	2,041	0,079	0,564
[4-6]	16,7	14,6	15,5			
|7-9]	9,8	15,2	13,0			
|10->]	39,4	37,4	38,2			

Tableau 30-2: Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le rôle de l'école en ES						
Facteurs socioculturels	Est-ce le rôle de l'école d'assurer l'éducation sexuelle des élèves ?			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas du tout	absolument	Total			
Ensemble	***188***	***180***	***368***			
	51,1%	***48,9%***	***100%***			
Sexe						
Homme	35,1	41,1	38,0	1,407	0,062	0,236
Femme	64,9	58,9	62,0			
Ville						
Bafoussam	32,4	34,4	33,4	0,445	0,035	0,800
Douala	37,2	38,3	37,8			
Yaoundé	30,3	27,2	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	51,6	47,2	49,5	0,704	0,044	0,402
Semi-Bantous	48,4	52,8	50,5			
Religion						
Catholique	35,1	44,1	39,5	5,841	0,126	0,120
Protestant	34,0	29,6	31,9			
Musulman	9,6	4,5	7,1			
Autres religions	21,3	21,8	21,5			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***162***	***145***	***307***			
Peu pratiquant	42,0	36,6	39,4	0,943	0,055	0,332
Très pratiquant	58,0	63,4	60,6			
Age						
Ensemble	***169***	***165***	***334***			
[20-29]	32,0	34,5	33,2	0,502	0,039	0,919
[30-39]	33,7	34,5	34,1			
|40-49]	21,3	18,8	20,1			
|50-59]	13,0	12,1	12,6			
Matière enseignée						
Ensemble	***178***	***169***	***347***			
Littéraire	42,1	35,5	38,9	9,198	0,163	0,027
Svt-Esf-Eps	11,8	24,3	17,9			
Hist-Géo	23,0	20,1	21,6			
Maths-physiques	23,0	20,1	21,6			
Ancienneté						
Ensemble	**170**	**160**	**330**			
[1-3]	32,9	33,8	33,3	3,253	0,099	0,354
[4-6]	16,5	14,4	15,5			
|7-9]	10,0	16,3	13,0			
|10->]	40,6	35,6	38,2			

2.4. Conception des enseignants sur leur rôle en éducation à la sexualité

Globalement, l'avis des enseignants est plutôt mitigé quant à leur rôle en éducation à la sexualité. En effet, lorsqu'on leur demande si contribuer à l'épanouissement des élèves dans le domaine de la sexualité relève de leurs attributions, environ cinq enseignants sur dix (50,7%) sont d'avis que cela fait partie de leur mission. Les hommes ont plus tendance à être d'accord avec cette idée contrairement aux femmes (p = 0,013 ; V = 0,130). Les autres facteurs n'ont par contre pas un effet significatif sur les avis des enseignants, la différence entre leurs réponses n'étant pas significative. Le tableau 30-3 présente la synthèse de ces résultats.

Tableau 30-3: Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur leur rôle en ES						
Facteurs socioculturels	C'est l'un des rôles de l'enseignant que de contribuer à l'épanouissement de l'élève dans le domaine de la sexualité			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***181*** ***49,3%***	***186*** ***50,7%***	***367*** ***100%***			
Sexe						
Homme	31,5	44,1	37,9	6,184	0,130	0,013
Femme	68,5	55,9	62,1			
Ville						
Bafoussam	28,7	37,6	33,2	3,954	0,104	0,138
Douala	38,7	37,1	37,9			
Yaoundé	32,6	25,3	28,9			
Groupe Ethnique						
Bantous	52,5	46,8	49,6	1,197	0,057	0,274
Semi-Bantous	47,5	53,2	50,4			
Religion						
Catholique	33,7	44,9	39,3	6,485	0,133	0,090
Protestant	34,8	29,2	32,0			
Musulman	9,4	4,9	7,1			
Autres religions	22,1	21,1	21,6			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***155***	***151***	***306***			
Peu pratiquant	40,0	39,1	39,5	0,028	0,009	0,868
Très pratiquant	60,0	60,9	60,5			
Age Ensemble	***161***	***172***	***333***			
[20-29]	31,7	34,9	33,3	0,462	0,037	0,927
[30-39]	35,4	33,1	34,2			
|40-49]	20,5	19,2	19,8			
|50-59]	12,4	12,8	12,6			
Matière enseignée Ensemble	***171***	***175***	***346***			
Littéraire	43,3	34,9	39,0	5,403	0,125	0,145
Svt-Esf-Eps	13,5	22,3	17,9			
Hist-Géo	22,2	21,1	21,7			
Maths-physiques	21,1	21,7	21,4			
Ancienneté Ensemble	**170**	**160**	**330**			
[1-3]	32,7	34,1	33,4	1,149	0,059	0,765
[4-6]	17,3	13,8	15,5			
|7-9]	11,7	14,4	13,1			
|10->]	38,3	37,7	38,0			

2.5. Conception des enseignants sur le rôle de la famille dans l'éducation à la sexualité des élèves

Près de six enseignants sur dix (58,8%) jugent que l'éducation à la sexualité relève essentiellement de l'éducation familiale. Les femmes sont d'ailleurs significativement plus convaincues de cette fonction familiale que les hommes ($p < 0,001$; $V = 0,270$), une tendance qui est également partagée par les enseignants originaires du groupe ethnique des Bantous contrairement à ceux originaires du groupe ethnique des Semi-Bantous ($p = 0,040$; $V =$

0,108). Les autres facteurs socioculturels n'ont pas une influence significative sur les avis des enseignants à ce propos. La synthèse de ces résultats est présentée dans le tableau 30-4.

Tableau 30-4: Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le rôle de la famille en ES

Facteurs socioculturels	L'éducation à la sexualité des élèves relève exclusivement de l'éducation familiale			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***148*** ***41,2%***	***211*** ***58,8%***	***359*** ***100%***			
Sexe						
Homme	54,7	28,0	39,0	26,199	0,270	< 0,001
Femme	45,3	72,0	61,0			
Ville						
Bafoussam	36,5	28,9	32,0	2,708	0,087	0,258
Douala	37,8	39,3	38,7			
Yaoundé	25,7	31,8	29,2			
Groupe Ethnique						
Bantous	42,6	53,6	49,0	4,202	0,108	0,040
Semi-Bantous	57,4	46,4	51,0			
Religion						
Catholique	47,3	33,3	39,1	7,276	0,143	0,064
Protestant	28,4	35,2	32,4			
Musulman	5,4	8,1	7,0			
Autres religions	18,9	23,3	21,5			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***127***	***172***	***299***			
Peu pratiquant	38,6	40,7	39,8	0,136	0,021	0,712
Très pratiquant	61,4	59,3	60,2			
Age Ensemble	***142***	***187***	***329***			
[20-29]	37,3	31,0	33,7	1,448	0,066	0,694
[30-39]	32,4	35,3	34,0			
|40-49]	19,0	21,4	20,4			
|50-59]	11,3	12,3	11,9			
Matière enseignée Ensemble	***141***	***198***	***339***			
Littéraire	34,8	41,4	38,6	4,529	0,116	0,210
Svt-Esf-Eps	19,9	16,2	17,7			
Hist-Géo	19,1	23,7	21,8			
Maths-physiques	26,2	18,7	21,8			
Ancienneté Ensemble	**139**	**184**	**323**			
[1-3]	34,5	32,1	33,1	0,338	0,032	0,953
[4-6]	14,4	16,3	15,5			
|7-9]	12,9	13,0	13,0			
|10->]	38,1	38,6	38,4			

2.6. Conceptions des enseignants sur le rôle des parents dans l'éducation à la sexualité des élèves

Concernant le rôle des parents dans l'éducation à la sexualité des élèves, 53,7% des enseignants sont d'avis que cette éducation concerne autant les enseignants que les parents. Les enseignants de religion catholique ont plus tendance à être d'accord avec cette option,

contrairement aux enseignants des autres religions (p = 0,011 ; V = 0,175). De même, les enseignants de SVT-ESF-ESP ont plus tendance à être en accord avec cette proposition contrairement aux autres (p = 0,027 ; V = 0,164). Les autres facteurs sociaux n'ont pas d'influences sur les réponses des enseignants.

Tableau 30-5: Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le rôle des parents en ES

Facteurs socioculturels	L'éducation à la sexualité des élèves concerne autant les enseignants que les parents			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***167*** ***46,3%***	***194*** ***53,7%***	***361*** ***100%***			
Sexe						
Homme	33,5	43,3	38,8	3,605	0,100	0,058
Femme	66,5	56,7	61,2			
Ville						
Bafoussam	29,3	37,1	33,5			
Douala	37,1	38,1	37,7	4,049	0,106	0,132
Yaoundé	33,5	24,7	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	51,5	46,9	49,0	0,757	0,0468	0,384
Semi-Bantous	48,5	53,1	51,0			
Religion						
Catholique	30,5	46,1	38,9			
Protestant	35,3	29,0	31,9	11,047	0,175	0,011
Musulman	10,2	4,7	7,2			
Autres religions	24,0	20,2	21,9			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***141***	***159***	***300***			
Peu pratiquant	40,4	40,3	40,3			
Très pratiquant	59,6	59,7	59,7	0,001	0,002	0,976
Age Ensemble	***150***	***180***	***330***			
[20-29]	30,0	36,1	33,3			
[30-39]	35,3	32,2	33,6	1,543	0,068	0,672
|40-49]	22,0	18,9	20,3			
|50-59]	12,7	12,8	12,7			
Matière enseignée Ensemble	***157***	***184***	***341***			
Littéraire	45,9	34,2	39,6			
Svt-Esf-Eps	12,1	22,8	17,9	9,206	0,164	0,027
Hist-Géo	22,9	20,1	21,4			
Maths-physiques	19,1	22,8	21,1			
Ancienneté Ensemble	**149**	**175**	**324**			
[1-3]	31,5	34,3	33,0			
[4-6]	15,4	15,4	15,4	0,527	0,040	0,913
|7-9]	12,8	13,7	13,3			
|10->]	40,3	36,6	38,3			

2.7. Conception des enseignants sur le positionnement de l'éducation à la sexualité par rapport aux disciplines fondamentales

Pour une forte majorité d'enseignants (70,8%), la pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la santé. Les hommes répondent presque

pareillement que les femmes. De même, il n'y a pas une différence significative entre les enseignants selon les autres critères sociaux lorsqu'ils s'expriment à ce sujet. Le tableau 30-6 ci-dessous synthétise ces résultats.

Tableau 30-6 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le positionnement de l'ES par rapport aux matières fondamentales

Facteurs socioculturels	La pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la sexualité			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***107*** ***29,2%***	***260*** ***70,8%***	***367*** ***100%***			
Sexe						
Homme	37,4	38,1	37,9	0,016	0,006	0,901
Femme	62,6	61,9	62,1			
Ville						
Bafoussam	33,6	33,5	33,5	0,017	0,07	0,991
Douala	37,4	38,1	37,9			
Yaoundé	29,0	28,5	28,6			
Groupe Ethnique						
Bantous	48,6	50,0	49,6	0,060	0,013	0,807
Semi-Bantous	51,4	50,0	50,4			
Religion						
Catholique	38,8	39,8	39,3	1,427	0,062	0,699
Protestant	29,0	33,2	32,0			
Musulman	7,5	6,9	7,1			
Autres religions	25,2	20,1	21,6			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***92***	***214***	***306***			
Peu pratiquant	38,0	39,7	39,2	0,076	0,016	0,783
Très pratiquant	62,0	60,3	60,8			
Age Ensemble	***94***	***240***	***334***			
[20-29]	34,0	32,9	33,2	0,806	0,049	0,848
[30-39]	33,0	34,6	34,1			
|40-49]	22,3	19,2	20,1			
|50-59]	10,6	13,3	12,6			
Matière enseignée Ensemble	***99***	***247***	***346***			
Littéraire	34,3	40,5	38,7	2,167	0,079	0,538
Svt-Esf-Eps	16,2	18,6	17,9			
Hist-Géo	25,3	20,2	21,7			
Maths-physiques	24,2	20,6	21,7			
Ancienneté Ensemble	**139**	**184**	**323**			
[1-3]	30,9	34,5	33,4	2,066	0,079	0,559
[4-6]	18,6	14,2	15,5			
|7-9]	10,3	14,2	13,1			
|10->]	40,2	37,1	38,0			

2.8. Conceptions des enseignants sur le contenu de l'éducation à la sexualité

Pour la moitié des enseignants (50,6%), l'éducation à la sexualité doit se limiter à donner des informations biologiques sur la sexualité. Aucune différence significative n'apparait dans les

réponses des enseignants quelque soit le facteur social considéré. Le tableau 30-7 présente la synthèse de ces résultats.

Tableau 30-7 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le contenu de l'ES

Facteurs socioculturels	L'éducation à la sexualité doit se limiter à donner des informations biologiques sur la sexualité			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***175*** ***49,4%***	***179*** ***50,6%***	***354*** ***100%***			
Sexe						
Homme	42,9	35,8	39,3	1,872	0,073	0,171
Femme	57,1	64,2	61,7			
Ville						
Bafoussam	34,3	31,8	33,1			
Douala	39,4	36,3	37,9	1,326	0,061	0,515
Yaoundé	26,3	31,8	29,1			
Groupe Ethnique						
Bantous	44,6	54,2	49,4	3,275	0,096	0,070
Semi-Bantous	55,4	45,8	50,6			
Religion						
Catholique	39,1	40,2	39,7			
Protestant	32,2	31,3	31,7	3,159	0,095	0,368
Musulman	5,2	9,5	7,4			
Autres religions	23,6	19,0	21,2			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***146***	***149***	***295***			
Peu pratiquant	37,0	41,6	39,3			
Très pratiquant	63,0	58,4	60,7	0,661	0,021	0,416
Age Ensemble	***158***	***166***	***324***			
[20-29]	32,3	34,3	33,3			
[30-39]	35,4	34,9	35,2	1,653	0,071	0,648
|40-49]	17,7	20,5	19,9			
|50-59]	14,6	10,2	12,3			
Matière enseignée Ensemble	***162***	***172***	***334***			
Littéraire	37,7	39,0	38,3			
Svt-Esf-Eps	20,4	16,3	18,3	1,295	0,062	0,730
Hist-Géo	19,8	23,3	21,6			
Maths-physiques	22,2	21,5	21,9			
Ancienneté Ensemble	**158**	**162**	**320**			
[1-3]	34,5	32,1	33,1			
[4-6]	14,4	16,3	15,5			
|7-9]	12,9	13,0	13,0	1,392	0,066	0,707
|10->]	38,1	38,6	38,4			

2.9. Conceptions des enseignants sur la légitimité de leurs compétences pour agir en éducation à la sexualité

Parmi les enseignants enquêtés, plus de six enseignants sur dix (62,0%) ne sont pas d'accord avec le fait que le manque de compétences des enseignants dans le domaine puisse être argué pour justifier que l'éducation à la sexualité ne concerne pas l'enseignant. Ces enseignants ne sont influencés significativement dans leurs conceptions par aucun facteur social, la tendance

de leur réponse demeurant la même quelque soit leur sexe (p = 0,780), leur ville de résidence (p = 0,812), leur groupe ethnique d'origine (p = 0,216), leur religion (p = 0,775) ou leur degré de pratique religieuse (p = 0,575) encore moins leur discipline enseignée (p = 0,456), leur ancienneté (p = 0,242) ou leur âge (p = 0,096). Le tableau 30-8 ci-dessous présente la synthèse de ces résultats.

Tableau 30-8 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur la légitimité qu'ils pourraient avoir à intervenir en ES en raison de leur manque de compétence

Facteurs socioculturels	L'éducation à la sexualité n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***228*** ***62,0%***	***140*** ***38,0%***	***368*** ***100%***			
Sexe						
Homme	38,6	37,1	38,0			
Femme	61,4	62,9	62,0	0,078	0,015	0,780
Ville						
Bafoussam	33,8	32,9	33,4			
Douala	38,6	36,4	37,8	0,416	0,034	0,812
Yaoundé	27,6	30,7	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	46,9	53,6	49,5			
Semi-Bantous	53,1	46,4	50,5	1,531	0,064	0,216
Religion						
Catholique	38,8	40,7	39,5			
Protestant	33,0	30,0	31,9			
Musulman	6,2	8,6	7,1	1,110	0,055	0,775
Autres religions	22,0	20,7	21,5			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***192***	***115***	***307***			
Peu pratiquant	40,6	37,4	39,4	0,315	0,032	0,575
Très pratiquant	59,4	62,6	60,6			
Age Ensemble	***206***	***128***	***334***			
[20-29]	35,9	28,9	33,2			
[30-39]	35,4	32,0	34,1	6,350	0,138	0,096
|40-49]	19,4	21,1	20,1			
|50-59]	9,2	18,0	12,6			
Matière enseignée Ensemble	***217***	***130***	***347***			
Littéraire	39,2	38,5	38,9			
Svt-Esf-Eps	19,8	14,6	17,9	2,609	0,087	0,456
Hist-Géo	21,7	21,5	21,6			
Maths-physiques	19,4	25,4	21,6			
Ancienneté Ensemble	**263**	**67**	**330**			
[1-3]	36,7	27,5	33,3			
[4-6]	16,2	14,2	15,5			
|7-9]	11,4	15,8	13,0	4,185	0,113	0,242
|10->]	35,7	52,5	38,2			

2.10. Conceptions des enseignants sur le rôle en éducation à la sexualité des enseignants de SVT

Plus de cinq enseignants sur dix (53,0%) estiment que l'éducation à la sexualité doit être enseignée à l'école principalement par les enseignants de biologie. Les enseignants de mathématiques et physique tout comme les enseignants de littérature ont plutôt tendance à

être d'accord avec cette idée, contrairement aux enseignants de SVT, ESF, EPS, histoire et géographie qui pensent tout à fait l'inverse (p = 0,032 ; V = 0,159). Toutefois, les réponses données par les hommes sont très proches de celles données par les femmes (p = 0,861), de même que les autres déterminants socioculturels n'ont pas une influence significative sur les réponses des enseignants. La synthèse de ces résultats est présentée dans le tableau 30-9 ci-dessous.

Tableau 30-9: Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur le rôle en ES des enseignants de SVT

Facteurs socioculturels	L'éducation à la sexualité doit être enseignée principalement par les enseignants de biologie			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***173***	***195***	***368***			
	47,0%	***53,0%***	***100%***			
Sexe						
Homme	37,6	38,5	38,0			
Femme	62,4	61,5	62,0	0,031	0,009	0,861
Ville						
Bafoussam	35,8	31,3	33,4			
Douala	38,2	37,4	37,8	1,466	0,063	0,481
Yaoundé	26,0	31,3	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	47,4	51,3	49,5			
Semi-Bantous	52,6	48,7	50,5	0,553	0,039	0,457
Religion						
Catholique	37,2	41,5	39,5			
Protestant	33,1	30,8	31,9			
Musulman	7,0	7,2	7,1	0,798	0,047	0,850
Autres religions	22,7	20,5	21,5			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***144***	***163***	***307***			
Peu pratiquant	35,4	42,9	39,4			
Très pratiquant	64,6	57,1	60,6	1,815	0,077	0,178
Age						
Ensemble	***156***	***178***	***334***			
[20-29]	36,5	30,3	33,2			
[30-39]	34,0	34,3	34,1	2,106	0,079	0,551
|40-49]	17,3	22,5	20,1			
|50-59]	12,2	12,9	12,6			
Matière enseignée						
Ensemble	***163***	***184***	***347***			
Littéraire	38,0	39,7	38,9			
Svt-Esf-Eps	23,3	13,0	17,9			
Hist-Géo	22,1	21,2	21,6	8,819	0,159	0,032
Maths-physiques	16,6	26,1	21,6			
Ancienneté						
Ensemble	**139**	**184**	**323**			
[1-3]	35,3	31,6	33,3			
[4-6]	17,0	14,1	15,5			
|7-9]	11,8	14,1	13,0	1,490	0,067	0,685
|10->]	35,9	40,1	38,2			

2.11. Conception des enseignants sur l'utilité et l'efficacité de l'éducation à la sexualité

Les enseignants s'accordent majoritairement (79,0%) sur le fait que l'éducation à la sexualité n'est pas inefficace. Ils ne sont donc pas d'accord avec le fait que cette éducation puisse être

considérée comme inutile au motif qu'elle soit systématiquement inefficace. Cette position est soutenue davantage par les enseignants résidant dans les villes de Bafoussam et de Douala qui ont tendance à ne pas être d'accord sur l'inutilité de l'éducation à la sexualité au motif de son inefficacité, contrairement aux enseignants de la ville de Yaoundé qui ont plutôt tendance à penser le contraire (p = 0,008 ; V = 0,162). A ce propos, les enseignants ont sensiblement tendance à penser pareillement (p = 0,257) et aucun des autres déterminants socioculturels n'a un effet significatif sur leurs réponses à cette question. Le tableau 30-10 ci-après présente la synthèse de ces résultats.

Tableau 30-10 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur l'efficacité de l'ES

Facteurs socioculturels	L'éducation à la sexualité est inutile car systématiquement inefficace			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***291*** ***79,0%***	***77*** ***21%***	***368*** ***100%***			
Sexe						
Homme	39,5	32,5	38,0			
Femme	60,5	67,5	62,0	1,284	0,059	0,257
Ville						
Bafoussam	35,7	24,7	33,4			
Douala	39,2	32,5	37,8	9,631	0,162	0,008
Yaoundé	25,1	42,9	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	47,4	57,1	49,5			
Semi-Bantous	52,6	42,9	50,5	2,301	0,079	0,129
Religion						
Catholique	39,0	41,6	39,5			
Protestant	34,8	20,8	31,9			
Musulman	5,9	11,7	7,1	7,681	0,145	0,053
Autres religions	20,3	26,0	21,5			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***242***	***65***	***307***			
Peu pratiquant	40,5	35,4	39,4			
Très pratiquant	59,5	64,6	60,6	0,561	0,043	0,454
Age Ensemble	***264***	***70***	***334***			
[20-29]	34,1	30,0	33,2			
[30-39]	33,3	37,1	34,1			
|40-49]	18,6	25,7	20,1	4,003	0,109	0,261
|50-59]	14,0	7,1	12,6			
Matière enseignée Ensemble	***272***	***75***	***347***			
Littéraire	35,3	52,0	38,9			
Svt-Esf-Eps	19,5	12,0	17,9			
Hist-Géo	22,4	18,7	21,6	7,256	0,145	0,064
Maths-physiques	22,8	17,3	21,6			
Ancienneté Ensemble	**263**	**67**	**330**			
[1-3]	33,5	32,8	33,3			
[4-6]	13,3	23,9	15,5			
|7-9]	14,8	6,0	13,0	7,101	0,147	0,069
|10->]	38,4	37,3	38,2			

Plus de quatre enseignants sur dix (43,7%) pensent que l'éducation à la sexualité favorise une entrée précoce en sexualité des élèves. Les femmes ont nettement plus tendance à penser cela, contrairement aux hommes qui pensent davantage le contraire. Cette tendance est conservée quelque soit le facteur socioculturel considéré, les facteurs socioculturels retenu n'ayant pas un effet significatif sur les réponses des enseignants. Le tableau 30-11 ci-dessous présente la synthèse de ces résultats.

Tableau 30-11 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur l'influence de l'ES sur l'entrée précoce en sexualité des élèves

Facteurs socioculturels	L'éducation à la sexualité favorise une entrée précoce en sexualité des élèves			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***207 56,3%***	***161 43,7%***	***368 100%***			
Sexe						
Homme	42,5	32,3	38,0	4,008	0,104	0,045
Femme	57,5	67,7	62,0			
Ville						
Bafoussam	34,8	31,7	33,4	0,404	0,033	0,817
Douala	37,2	38,5	37,8			
Yaoundé	28,0	29,8	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	47,3	52,2	49,5	0,846	0,048	0,358
Semi-Bantous	52,7	47,8	50,5			
Religion						
Catholique	42,2	36,0	39,5	2,537	0,083	0,469
Protestant	29,1	35,4	31,9			
Musulman	6,3	8,1	7,1			
Autres religions	22,3	20,5	21,5			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***173***	***134***	***307***			
Peu pratiquant	38,2	41,0	39,4	0,265	0,029	0,607
Très pratiquant	61,8	59,0	60,6			
Age Ensemble	***188***	***146***	***334***			
[20-29]	35,6	30,1	33,2	1,411	0,065	0,703
[30-39]	31,9	37,0	34,1			
|40-49]	19,7	20,5	20,1			
|50-59]	12,8	12,3	12,6			
Matière enseignée Ensemble	***196***	***151***	***347***			
Littéraire	35,7	43,0	38,9	4,390	0,112	0,222
Svt-Esf-Eps	21,4	13,2	17,9			
Hist-Géo	21,4	21,9	21,6			
Maths-physiques	21,4	21,9	21,6			
Ancienneté Ensemble	**185**	**145**	**330**			
[1-3]	33,5	32,8	33,3	7,101	0,147	0,069
[4-6]	13,3	23,9	15,5			
|7-9]	14,8	6,0	13,0			
|10->]	38,4	37,3	38,2			

Globalement il y a moins d'enseignants (42,4%) qui pensent que l'éducation à la sexualité entraîne une augmentation de l'activité sexuelle des élèves, contrairement à ceux qui pensent tout à fait le contraire (57,6%). Les enseignants de littérature ont notamment tendance à être d'accord avec cette affirmation, contrairement à leurs collègues qui enseignent en SVT, ESF, EPS ou Histoire et géographie (p = 0,049 ; V = 0,150). Les autres facteurs n'ont significativement aucune influence sur les réponses des enseignants. Ces résultats sont présentés dans le tableau 30-12 ci-dessous.

Tableau 30-12 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs conceptions sur l'influence de l'ES sur l'augmentation de l'activité sexuelle chez les élèves

Facteurs socioculturels	L'éducation à la sexualité entraîne une augmentation de l'activité sexuelle des élèves			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***212*** ***57,6%***	***156*** ***42,4%***	***368*** ***100%***			
Sexe						
Homme	37,7	38,5	38,0	0,020	0,007	0,887
Femme	62,3	61,5	62,0			
Ville						
Bafoussam	35,4	30,8	33,4	3,537	0,098	0,171
Douala	39,6	35,3	37,8			
Yaoundé	25,0	34,0	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	47,2	52,6	49,5	1,046	0,053	0,306
Semi-Bantous	52,8	47,4	50,5			
Religion						
Catholique	41,2	37,2	39,5	4,550	0,111	0,208
Protestant	29,9	34,6	31,9			
Musulman	5,2	9,6	7,1			
Autres religions	23,7	18,6	21,5			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***173***	***134***	***307***			
Peu pratiquant	35,8	44,0	39,4	2,122	0,083	0,145
Très pratiquant	64,2	56,0	60,6			
Age Ensemble	***189***	***145***	***334***			
[20-29]	33,9	32,4	33,2	4,792	0,120	0,188
[30-39]	30,2	39,3	34,1			
|40-49]	20,6	19,3	20,1			
|50-59]	15,3	9,0	12,6			
Matière enseignée Ensemble	***196***	***151***	***347***			
Littéraire	33,2	46,4	38,9	7,840	0,150	0,049
Svt-Esf-Eps	20,4	14,6	17,9			
Hist-Géo	25,0	17,2	21,6			
Maths-physiques	21,4	21,9	21,6			
Ancienneté Ensemble	**190**	**140**	**330**			
[1-3]	35,8	30,0	33,3	5,520	0,129	0,137
[4-6]	13,7	17,9	15,5			
|7-9]	10,0	17,1	13,0			
|10->]	40,5	35,0	38,2			

2.12. Influence du rôle accordé à l'école par les enseignants sur leurs conceptions de leur rôle en éducation à la sexualité de même que celui des parents et de la famille.

Lorsqu'on croise les conceptions des enseignants sur le rôle de l'école en éducation à la sexualité et celles sur le rôle de l'enseignant, des parents et de la famille sur l'éducation à la sexualité des élèves, plusieurs obsécrations sont faites.

On constate d'une part que les enseignants qui ne sont pas d'accord que l'éducation à la sexualité est le rôle de l'école ont aussi une forte tendance à ne pas être d'accord que cette éducation est le rôle de l'enseignant et qu'elle concerne à la fois les parents et les enseignants. Ils sont plutôt d'accord que l'éducation à la sexualité concerne uniquement la famille même s'ils ne sont pas tout à fait d'accord que l'enseignant n'a pas le droit de donner aux élèves des directives dans le domaine de la sexualité.

D'autre part, les enseignants qui sont d'accord que l'éducation à la sexualité est le rôle de l'école ont aussi une forte propension à penser que c'est aussi le rôle des enseignants, et donc que cette éducation concerne autant les parents que les enseignants. Ils ne sont pas tout à fait d'accord que l'éducation à la sexualité concerne exclusivement la famille, tout comme ils ne sont pas d'accord que l'enseignant n'a pas le droit de donner des directives aux élèves dans le domaine de la sexualité. Le tableau 30-13 ci-dessous présente la synthèse de cette analyse.

Tableau 30-13: Répartition (%) des enseignants selon le rôle qu'ils accordent à l'école dans l'ES des élèves et la place qu'ils accordent aux enseignants et aux parents

	Est-ce le rôle de l'école d'assurer l'éducation sexuelle des élèves ?			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas du tout	absolument	Total			
C'est le rôle de l'enseignant de faire l'ES	***188***	***179***	***367***			
Pas d'accord	91,5	5,0	49,3	274,24	0,864	< 0,001
D'accord	8,5	95,0	50,7			
L'ES concerne les parents et les enseignants	**184**	**177**	**361**			
Pas d'accord	87,7	3,4	46,3	256,73	0,843	< 0,001
D'accord	12,5	96,6	53,7			
L'ES concerne exclusivement la famille	**183**	**176**	**359**			
Pas d'accord	10,9	72,7	41,2			
D'accord	89,1	27,3	58,8	141,40	0,628	< 0,001
L'enseignant n'a pas le droit de donner des directives en ES	**180**	**172**	**352**			
Pas d'accord	60,6	93,6	76,7	53,763	0,391	< 0,001
D'accord	39,4	6,4	23,3			

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES CONCEPTIONS INDIVIDUELLES DES ENSEIGNANTS SUR L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

Globalement, pour 60,3% des enseignants enquêtés, l'éducation à la sexualité des jeunes est nécessaire. La discipline enseignée par les enseignants et leur religion ont une influence significative sur les réponses enregistrées. Par contre, les enseignants sont moins enthousiastes (48,9%) à l'idée que c'est le rôle de l'école d'assurer cette éducation.
De même, ils sont mitigés à l'idée que c'est l'un des rôles de l'enseignant de contribuer à l'épanouissement des élèves dans le domaine de la sexualité. En effet, 50,7% des enseignants sont d'accord tandis que 49,3% se déclarent contre.

La position des enseignants est beaucoup plus tranchée quant au rôle de la famille dans cette éducation. En effet, la majorité des enseignants (58,8%) jugent que l'éducation à la sexualité des élèves doit être une exclusivité familiale, une position à laquelle les femmes ont plus tendance à adhérer.

Si les enseignants sont majoritaires (70,8%) à être d'accord avec le fait que la pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la sexualité, ils sont par contre moins nombreux (50,6%) à juger que cette éducation des élèves devrait se limiter à donner des informations biologique sur la sexualité.
Pour 38% des enseignants l'éducation à la sexualité n'est pas l'affaire de l'enseignant parce qu'il y manque de compétences. Néanmoins, ils sont plus nombreux (53,0%) à être d'accord avec le fait que cet enseignement devrait être réservé aux enseignants de biologie, même si les enseignants de SVT enquêtés ont plutôt tendance à ne pas être d'accord avec cette idée.

Malgré leur réticence à contribuer à l'éducation à la sexualité des élèves, la majorité des enseignants (79,0%) ne sont pas d'avis que cette éducation est inutile en raison de son inefficacité. Par contre, ils sont jusqu'à 43,7% à penser que l'éducation à la sexualité favorisent une entrée précoce en sexualité des élèves, et 42,2% à penser que l'éducation à la sexualité entraîne une augmentation de l'activité sexuelle des élèves.

Globalement, les facteurs socioculturels ont très peu ou pas du tout d'influence sur les conceptions des enseignants sur l'éducation à la sexualité.

3. PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

Plusieurs questions ont été soumises aux enseignants relativement à leurs pratiques en éducation à la sexualité. L'objectif étant d'évaluer leur degré d'implication dans la mise en œuvre des actions d'éducation à la sexualité à l'école. Les analyses de leurs réponses présentées ci-dessous donnent une vision globale de leur positionnement sur la question.

3.1. Expériences des enseignants en éducation à la sexualité

Globalement, plus de huit enseignants sur dix (84,5%) n'ont jamais mené une action à l'école en éducation à la sexualité. Ce sont majoritairement les enseignants de SVT, ESF ou EPS qui ont tendance à mener des actions en éducation à la sexualité, contrairement aux enseignements des autres disciplines ($p < 0,001$; $V = 0,728$). La discipline enseignée apparait ainsi comme l'unique facteur socioculturel qui influence significativement l'action de l'enseignant en éducation à la sexualité. En effet, tous les autres facteurs socioculturels ne présentent pas un effet significatif sur le fait que les enseignants aient déjà mené ou non de semblables actions à l'école. Le tableau 31-1 présente une synthèse de ces résultats.

3.2. Les thèmes abordés par les enseignants à l'école en éducation à la sexualité

Parmi les thèmes proposés, ce sont les thèmes relatifs à la dimension biologique (puberté, sexualité humaine), à la dimension comportementale (prévention IST/VIH/sida, contraception) et à la dimension sociale/culturelle (abus sexuels, normes sociales et valeurs – loi et sexualité) de la sexualité qui sont les plus abordés par les enseignants ayant déclaré avoir déjà mené une action en éducation à la sexualité. S'agissant de la puberté, le thème est abordé par 96% des enseignants ayant déjà mené une action en éducation à la sexualité à l'école. Le thème de la prévention des IST/VIH/sida est abordé par 92,2% de ces enseignants, celui de la sexualité humaine est abordé par 84,3% parmi ces enseignants. Le thème de la contraception et le désir d'enfant est abordé par 56,9% parmi ces enseignants, celui des abus sexuels est abordé par 39,2% de ces enseignants et celui relatif aux normes sociales et valeurs est abordé par 11,8% d=parmi ces enseignants. On peut noter que les thèmes relatifs à la dimension psychoaffective ne sont pas abordés par ces enseignants.

Parmi les thèmes abordés, on observe que les femmes ont plus tendance à aborder le thème relatif à la contraception et au désir d'enfant contrairement aux hommes ($p < 0,001$; $V = 0,520$), qui ont quant à eux plus tendance à aborder le thème lié aux abus sexuel contrairement aux femmes ($p < 0,001$; $V = 0,517$). En dehors de ces deux thèmes, aucune différence significative n'est observée entre les hommes et les femmes concernant l'enseignement des autres thèmes. Le tableau 31-2 présente une synthèse de ces résultats

Tableau 31-1 : Répartition (%) des enseignants selon qu'ils aient déjà mené des actions à l'école en ES ou non

Facteurs socioculturels	Avez-vous déjà menée des actions à l'école en vue d'une éducation à la sexualité des élèves ?			Khi Carré	V de Cramer	p
	Oui	Non	Total			
Ensemble	***57*** ***15,5%***	***311*** ***84,5%***	***368*** ***100%***			
Sexe						
Homme	38,6	37,9	38,0	0,009	0,005	0,925
Femme	61,4	62,1	62,0			
Ville						
Bafoussam	40,4	32,2	33,4	3,203	0,093	0,202
Douala	40,4	37,3	37,8			
Yaoundé	19,3	30,5	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	47,4	49,8	49,5	0,118	0,018	0,732
Semi-Bantous	52,6	50,2	50,5			
Religion						
Catholique	48,2	37,9	39,5	5,439	0,122	0,142
Protestant	35,7	31,2	31,9			
Musulman	5,4	7,4	7,1			
Autres religions	10,7	23,5	21,5			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***49***	***258***	***307***			
Peu pratiquant	46,9	38,0	39,4	1,383	0,067	0,240
Très pratiquant	53,1	62,0	60,6			
Age Ensemble	***52***	***282***	***334***			
[20-29]	38,5	32,3	33,2	4,598	0,117	0,204
[30-39]	38,5	33,3	34,1			
|40-49]	19,2	20,2	20,1			
|50-59]	3,8	14,2	16,6			
Matière enseignée Ensemble	***55***	***292***	***347***			
Littéraire	5,5	45,2	38,9	182,71	0,728	< 0,001
Svt-Esf-Eps	81,8	5,8	17,9			
Hist-Géo	10,9	23,6	21,6			
Maths-physiques	1,8	25,3	21,6			
Ancienneté Ensemble	**52**	**278**	**330**			
[1-3]	32,7	33,5	33,3	2,854	0,093	0,415
[4-6]	17,3	15,1	15,5			
|7-9]	19,8	11,9	13,0			
|10->]	30,8	39,6	38,2			

Tableau 31-2 : Répartition (%) des enseignants ayant intervenu en ES à l'école, suivant les thèmes abordés						
Facteurs socioculturels	Si vous avez déjà mené des actions en éducation à la sexualité, sur quel(s) thème(s) êtes-vous intervenus		Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Oui	Non				
		La puberté				
Sexe	***49***	***2***	***51***			
	96,0%	**4%**	**100%**			
Homme	44,9	0,0	43,1	1,579	0,176	0,209
Femme	55,1	100,0	56,9			
		Prévention des Ist/VIH/sida				
Sexe	***47***	***4***	***51***			
	92,2%	**7,8%**	**100%**			
Homme	46,8	0,0	43,1	3,293	0,254	0,070
Femme	53,2	100,0	56,9			
		La sexualité humaine				
Sexe	***43***	***8***	***51***			
	84,3%	**15,7%**	**100%**			
Homme	41,9	50,0	43,1	0,182	0,060	0,670
Femme	58,1	50,0	56,9			
		La contraception et désir d'enfant				
Sexe	***29***	***22***	***51***			
	56,9%	**43,1%**	**100%**			
Homme	20,7	72,7	43,1	13,810	0,520	< 0,001
Femme	79,3	27,3	56,9			
		Abus sexuels				
Sexe	***20***	***31***	***51***			
	39,2%	**60,8%**	**100%**			
Homme	75,0	22,6	43,1	13,618	0,517	< 0,001
Femme	25,0	77,4	56,9			
		Normes sociales et valeurs – loi et sexualité				
Sexe	***6***	***45***	***51***			
	11,8%	**88,2%**	**100%**			
Homme	66,7	40,0	43,1	1,535	0,173	0,215
Femme	33,3	60,0	56,9			
		La relation amoureuse				
Sexe	***0***	***51***	***51***			
	0,0%	**100%**	**100%**			
Homme	0,0	43,1	43,1			
Femme	0,0	56,9	56,9			
		Rôles sexuels et stéréotypes – identité sexuelle				
Sexe	***0***	***51***	***51***			
	0,0%	**100%**	**100%**			
Homme	0,0	43,1	43,1			
Femme	0,0	56,9	56,9			
		plaisir				
Sexe	***0***	***51***	***51***			
	0,0%	**100%**	**100%**			
Homme	0,0	43,1	43,1			
Femme	0,0	56,9	56,9			

3.3. Engagement futur des enseignants en ES à l'école

Parmi les 311 (84,5%) enseignants ayant déclaré n'avoir jamais mené une action en éducation à la sexualité à l'école, seulement 107 (34,4%) souhaiteraient le faire. Plus de la moitié des ces enseignants (55,4%) ne sont ainsi pas disposés à s'engager prochainement dans une action en éducation à la sexualité à l'école. Aucun facteur social retenu n'influence significativement la position des enseignants quant à leur engagement futur en éducation à la sexualité. Ces résultats sont synthétisés dans tableau 32-1.

Tableau 32-1 : Répartition (%) des enseignants selon qu'ils souhaiteraient mener des actions à l'école en ES ou non						
Facteurs socioculturels	Si vous n'avez pas encore mené de telles actions à l'école, souhaiteriez-vous les faire ?			Khi Carré	V de Cramer	p
	Oui	Non	Total			
Ensemble	***107*** ***34,4%***	***204*** ***65,6%***	***311*** ***100%***			
Sexe						
Homme	43,0	35,3	37,9	1,766	0,075	0,184
Femme	57,0	64,7	62,1			
Ville						
Bafoussam	37,4	29,4	32,2	3,517	0,106	0,172
Douala	38,3	36,8	37,3			
Yaoundé	24,3	33,8	30,5			
Groupe Ethnique						
Bantous	46,7	51,5	49,8	0,631	0,045	0,427
Semi-Bantous	53,3	48,5	50,2			
Religion						
Catholique	34,6	39,7	37,9	3,690	0,109	0,297
Protestant	32,7	30,4	31,2			
Musulman	4,7	8,8	7,4			
Autres religions	28,0	21,1	23,5			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***87***	***171***	***258***			
Peu pratiquant	39,1	37,4	39,0	0,067	0,016	0,796
Très pratiquant	60,9	62,6	62,0			
Age Ensemble	***94***	***188***	***282***			
[20-29]	34,0	31,4	32,3	2,378	0,092	0,498
[30-39]	27,7	36,2	33,3			
|40-49]	31,3	19,7	20,2			
|50-59]	17,0	12,8	14,2			
Matière enseignée Ensemble	***95***	***197***	***292***			
Littéraire	45,3	45,2	45,2	0,864	0,054	0,834
Svt-Esf-Eps	7,4	5,1	5,8			
Hist-Géo	24,2	23,4	23,6			
Maths-physiques	23,2	26,4	25,3			
Ancienneté Ensemble	**97**	**181**	**278**			
[1-3]	37,1	31,5	33,5	3,465	0,112	0,325
[4-6]	14,4	15,5	15,1			
|7-9]	7,2	14,4	11,9			
|10->]	41,2	38,7	39,6			

3.4. Les facteurs nécessaires à l'implication des enseignants en ES

Parmi les enseignants qui envisagent intervenir dans le futur en éducation à la sexualité à l'école, les facteurs qu'ils jugent important pour faciliter leur implication sont présentés dans le tableau 32-2, suivant le degré d'intérêt qu'ils y accordent. Ainsi, parmi les facteurs évoqués, c'est le besoin de formation qui prédomine (40%), suivi de la disponibilité de la documentation sur la sexualité (30%). Les enseignants estiment en troisième lieu que le fait d'avoir des outils d'interventions et des moyens matériels peut faciliter leur implication en

éducation à la sexualité (15%). Les facteurs comme le fait d'avoir du temps (6%), le fait que l'éducation à la sexualité figure au programme (6%), le fait d'avoir moins d'élèves dans les classes (3%) et celui d'être accompagné en intervention par une personne qualifié (2%) sont énumérés par un nombre réduit d'enseignants.

Tableau 32-2 : Facteurs nécessaires pour faciliter l'implication des enseignants dans les actions d'ES à l'école

	Nombre de fois cité	Pourcentage
être formé	43	40%
Disposer d'une documentation sur la sexualité	32	30%
Disponibilité des outils d'intervention et moyens matériels	16	15%
Avoir du temps	6	6%
Figurer au programme scolaire	6	6%
Avoir moins d'élèves dans les classes	3	3%
Être accompagner par une personne qualifiée	2	2%
Total	108	

3.5. Les raisons avancées par les enseignants qui ne souhaitent pas faire de l'éducation à la sexualité

Plusieurs raisons sont avancées par les enseignants qui ne souhaitent pas s'impliquer dans l'éducation à la sexualité pour expliquer leur point de vue. Plus de neuf enseignants sur dix (93,6%) évoquent le manque de compétences nécessaires pour mener une action en éducation à la sexualité. Pour 66,1% de ces enseignants, ce n'est pas leur rôle de faire l'éducation à la sexualité des élèves. Près de six sur dix (58,3%) de ces enseignants invoquent le manque de motivation à faire de l'éducation à la sexualité. Pour plus de quatre enseignants sur dix, le fait que l'éducation à la sexualité ne soit pas prévu dans les programmes scolaires est un frein à leur engagement. En outre, une bonne partie de ces enseignants (41,7%) jugent que ce n'est pas le rôle de l'école de faire l'éducation à la sexualité des élèves. Comme autres arguments certains invoquent parmi ces enseignants, l'inefficacité de l'éducation à la sexualité (27,3%), le fait que l'éducation à la sexualité est en contradiction avec leurs convictions religieuses (12,3%), ou encore contraires à leur valeurs traditionnelles (8,0%). La seule raison invoquée par les enseignants qui soit influencée par leur sexe est celle liée à la contradiction de l'éducation à la sexualité avec leurs convictions religieuses. Ainsi, les hommes ont plus

tendance à invoquer cette raison, contrairement aux femmes (p = 0,012 ; V = 0,183). Ces résultats sont présentés en synthèse dans le tableau 32-3.

Tableau 32-3 : Répartition (%) des enseignants suivant leurs motivations à ne pas envisager mener des actions ES

Facteurs socioculturels	Si vous ne souhaitez mener dans le futur des actions en éducation à la sexualité, quelles en sont vos motivations ? Oui	Non	Échantillon total	Khi Carré	V de Cramer	p
	Je ne possède pas les compétences nécessaires					
Sexe	***175***	***12***	***187***			
	93,6%	***6,4%***	***100%***			
Homme	36,0	41,7	36,4	0,156	0,029	0,693
Femme	64,0	58,3	63,6			
	Ce n'est pas mon rôle					
Sexe	***118***	***69***	***187***			
	63,1%	***36,9%***	***100%***			
Homme	31,4	44,9	36,4	3,466	0,136	0,063
Femme	68,6	55,1	63,6			
	Je n'ai aucune motivation à le faire					
Sexe	***109***	***78***	***187***			
	58,3%	***41,7%***	***100%***			
Homme	43,1	26,9	36,4	5,154	0,166	0,023
Femme	56,9	73,1	63,6			
	Ce n'est pas prévu au programme					
Sexe	***78***	***108***	***186***			
	42%	***58%***	***100%***			
Homme	35,9	36,1	36,0	0,001	0,002	0,976
Femme	64,1	63,9	64,0			
	Ce n'est pas le rôle de l'école de faire l'éducation sexuelle des élèves					
Sexe	***78***	***109***	***187***			
	41,7	***58,2%***	***100%***			
Homme	29,5	41,3	36,4	2,734	0,121	0,098
Femme	70,5	58,7	63,6			
	C'est totalement inefficace					
Sexe	***51***	***136***	***187***			
	27,3%	***72,7%***	***100***			
Homme	43,1	33,8	36,4	1,390	0,086	0,238
Femme	56,9	66,2	63,6			
	C'est contraire à mes convictions religieuses					
Sexe	***23***	***163***	***187***			
	12,3%	***87,7%***	***100%***			
Homme	13,0	39,9	36,6	6,258	0,183	0,012
Femme	87,0	60,1	63,4			
	C'est contraire à mes valeurs traditionnelles					
Sexe	***15***	***172***	***187***			
	8,0%	***92%***	***100%***			
Homme	13,3	38,4	36,4	3,738	0,141	0,053
Femme	86,7	61,6	63,6			

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

La majorité des enseignants (84,5%) n'ont jamais menés une action en éducation à la sexualité à l'école. Pour les 15,5% des enseignants ayant déjà travaillé en éducation à la sexualité, les thèmes sur lesquels ils sont intervenus s'articulent autour de la dimension biologique de la sexualité (puberté, sexualité humaine), de la dimension comportementale (prévention des Ist/VIH/sida, contraception), et de la dimension sociale/culturelle (abus sexuels, normes sociales et valeurs, loi et sexualité). Aucun thème ayant trait à la dimension psychoaffective ou à la dimension morale n'a été par contre abordé par les enseignants.

Peu d'enseignants (34,4%) n'ayant pas encore mené des actions en éducation à la sexualité souhaitent le faire. Ces enseignants qui souhaitent travailler en éducation à la sexualité estiment que leur implication serait favorisée s'ils étaient formés, s'ils disposaient d'une documentation sur la sexualité et s'ils avaient des outils d'intervention nécessaires et les moyens matériels adéquats.

S'agissant des enseignants ne souhaitant pas s'impliquer en éducation à la sexualité, les raisons qu'ils avancent sont particulièrement : le fait de ne pas posséder les compétences nécessaires (93,6%), le fait qu'ils ne considèrent pas l'éducation à la sexualité comme leur rôle (63,1%), le fait qu'ils n'aient aucune motivation à le faire (58,3%), le fait que ça ne soit pas inscrit au programme (42%), et le fait qu'il pensent que ce n'est pas le rôle de l'école de faire l'éducation à la sexualité des élèves (41,7%).

Les facteurs socioculturels ont très peu ou pas du tout d'influence sur les pratiques des enseignants en éducation à la sexualité.

4. FORMATION DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ ET RAPPORT AVEC LES PARTENAIRES EXTÉRIEURS

Intervenir en éducation à la sexualité suppose un minimum de savoirs, de savoir faire et de savoir-être. C'est incontestablement un levier majeur pour envisager l'adhésion des enseignants et autres acteurs à la promotion de l'éducation à la sexualité à l'école. Nous avons interrogé les enseignants au sujet de leur formation en éducation à la sexualité et de leur sentiment de compétence dans le domaine.

4.1. Difficulté à parler de sexualité avec les adolescents

Pour plus de cinq enseignants sur dix (55,0%), il est difficile de s'entretenir sur la sexualité avec les jeunes. Cette difficulté semble liée à l'âge des enseignants, puisque ce sont les enseignants dont l'âge est compris entre [20-29] ans qui ont le plus tendance à déclarer qu'il est difficile de parler de sexualité avec les jeunes, contrairement aux autres enseignants d'âges supérieurs ($p < 0,001$, $V = 0,251$). Cette difficulté est aussi liée à l'expérience professionnelle, puisque les enseignants dont l'ancienneté est inférieure ou égale à six ans sont ceux qui ont le plus tendance à évoquer la difficulté de parler avec les jeunes de sexualité, contrairement aux enseignants cumulant au moins sept années d'expérience ($p = 0,050$; $V = 0,154$).

Tableau 33-1: Répartition (%) des enseignants selon qu'ils jugent difficile de parler de sexualité avec les adolescents ou non						
Facteurs socioculturels	Est-il difficile de parler de sexualité avec des adolescents ?			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas difficile	Difficile	Total			
Ensemble	***202***	***165***	***367***			
	55,0%	***45,0%***	***100%***			
Sexe						
Homme	41,6	33,9	33,9	2,249	0,078	0,134
Femme	58,4	66,1	66,1			
Ville						
Bafoussam	32,2	35,2	33,5	0,515	0,037	0,773
Douala	39,1	35,8	37,6			
Yaoundé	28,7	39,1	28,9			
Groupe Ethnique						
Bantous	44,1	55,8	49,3	4,972	0,116	0,026
Semi-Bantous	55,9	44,2	50,7			
Religion						
Catholique	38,3	41,2	39,6	5,298	0,120	0,151
Protestant	36,3	26,1	31,7			
Musulman	7,0	7,3	7,1			
Autres religions	18,4	25,5	21,6			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***172***	***134***	***306***			
Peu pratiquant	40,1	38,8	39,5	0,054	0,013	0,816
Très pratiquant	59,9	61,2	60,5			
Age						
Ensemble	***187***	***147***	***334***			
[20-29]	23,0	46,3	33,2	21,065	0,251	< 0,001
[30-39]	38,5	28,6	34,1			
|40-49]	22,5	17,0	20,1			
|50-59]	16,0	8,2	12,6			
Matière enseignée						
Ensemble	***194***	***152***	***346***			
Littéraire	39,2	38,8	39,0	4,473	0,085	0,480
Svt-Esf-Eps	17,5	18,4	17,9			
Hist-Géo	24,2	18,4	21,7			
Maths-physiques	19,1	24,3	21,4			
Ancienneté						
Ensemble	**178**	**151**	**329**			
[1-3]	27,5	40,4	33,4	7,811	0,154	0,050
[4-6]	14,6	16,6	15,5			
|7-9]	15,2	10,6	13,1			
|10->]	42,7	32,5	38,0			

4.2. Formation en éducation à la sexualité

Moins de deux enseignants sur dix (14,4%) ont une formation en éducation à la sexualité. Les enseignants de SVT, ESF ou EPS sont ceux qui ont le plus tendance à déclarer avoir une formation en éducation à la sexualité ($p < 0,001$; $V = 0,816$). Aucun autre facteur social n'a un effet significatif sur les réponses données par les enseignants. Ces résultats sont présentés dans le tableau 33-2.

Tableau 33-2 : Répartition (%) des enseignants selon qu'ils aient une formation en ES ou non						
Facteurs socioculturels	Avez-vous une formation en éducation à la sexualité ?			Khi Carré	V de Cramer	p
	Oui	Non	Total			
Ensemble	***53***	***315***	***368***			
	14,4%	***85,6%***	***100%***			
Sexe						
Homme	37,7	38,1	38,0	0,002	0,003	0,960
Femme	62,3	61,9	62,0			
Ville						
Bafoussam	37,7	32,7	33,4	1,966	0,073	0,374
Douala	41,5	37,1	37,8			
Yaoundé	20,8	30,2	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	49,1	49,5	49,5	0,004	0,003	0,950
Semi-Bantous	50,9	50,5	50,5			
Religion						
Catholique	53,8	37,1	39,5	7,316	0,141	0,062
Protestant	30,8	32,1	31,9			
Musulman	5,8	7,3	7,1			
Autres religions	9,6	23,5	21,5			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***45***	***262***	***307***			
Peu pratiquant	51,1	37,4	39,4	3,021	0,099	0,082
Très pratiquant	48,9	62,6	60,6			
Age						
Ensemble	***48***	***286***	***334***			
[20-29]	39,6	32,2	33,2	2,538	0,087	0,468
[30-39]	35,4	33,9	34,1			
|40-49]	18,8	20,3	20,1			
|50-59]	6,3	13,6	12,6			
Matière enseignée						
Ensemble	***52***	***295***	***347***			
Littéraire	1,9	45,4	38,9	231,10	0,816	< 0,001
Svt-Esf-Eps	92,3	4,7	17,9			
Hist-Géo	3,8	24,7	21,6			
Maths-physiques	1,9	25,1	21,6			
Ancienneté						
Ensemble	**49**	**281**	**330**			
[1-3]	34,7	33,1	33,3	1,691	0,639	0,639
[4-6]	18,4	14,9	15,5			
|7-9]	16,3	12,5	13,0			
|10->]	30,6	39,5	38,2			

4.3. Nécessité d'une formation en éducation à la sexualité

Parmi les enseignants ayant déclaré n'avoir pas eu une formation en éducation à la sexualité, moins d'un quart (24,8%) ressentent le besoin d'une formation en éducation à la sexualité. Cette faible proportion d'enseignants qui éprouvent le besoin d'être formés subit l'influence de leur religion, avec notamment une forte tendance des enseignants des religions autres que les religions catholique, protestante et musulmane, à exprimer leur besoin d'être formés en éducation à la sexualité ($p = 0,004$; $V = 0,204$). Le tableau 33-3 présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 33-3 : Répartition (%) des enseignants selon qu'ils ressentent le besoin d'une formation en ES ou non						
Facteurs socioculturels	Actuellement, ressentez-vous, pour vous-même, la nécessité d'une formation en éducation à la sexualité ?			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas du tout	Absolument	Total			
Ensemble	***237*** ***75,2%***	***78*** ***24,8%***	***315*** ***100%***			
Sexe						
Homme	36,7	42,3	38,1	0,780	0,050	0,377
Femme	63,3	57,7	61,9			
Ville						
Bafoussam	32,1	34,6	32,7	0,308	0,031	0,857
Douala	38,0	34,6	37,1			
Yaoundé	30,0	30,8	30,2			
Groupe Ethnique						
Bantous	49,8	48,7	49,5	0,027	0,009	0,870
Semi-Bantous	50,2	51,3	50,5			
Religion						
Catholique	39,2	30,8	37,1	13,070	0,204	0,004
Protestant	32,1	32,1	32,1			
Musulman	9,3	1,3	7,3			
Autres religions	19,4	35,9	23,5			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***200***	***62***	***262***			
Peu pratiquant	39,0	32,3	37,4	0,919	0,059	0,338
Très pratiquant	61,0	67,7	62,6			
Age Ensemble	***217***	***69***	***286***			
[20-29]	32,3	31,1	32,2	2,190	0,088	0,534
[30-39]	35,5	29,0	33,9			
|40-49]	18,4	26,1	20,3			
|50-59]	13,8	13,0	13,6			
Matière enseignée Ensemble	***228***	***67***	***295***			
Littéraire	45,2	46,3	45,4	0,716	0,049	0,870
Svt-Esf-Eps	5,3	3,0	4,7			
Hist-Géo	25,0	23,9	24,7			
Maths-physiques	24,6	26,9	25,1			
Ancienneté Ensemble	**213**	**68**	**281**			
[1-3]	32,4	35,3	33,1	0,205	0,027	0,977
[4-6]	15,0	14,7	14,9			
|7-9]	12,7	11,8	12,5			
|10->]	39,9	38,2	39,5			

4.4. Niveau d'intérêt des enseignants pour l'éducation à la sexualité à l'école

Lorsqu'on leur demande, sur une échelle de 1 à 10, à combien ils évaluent leur niveau d'intérêt pour l'éducation à la sexualité à l'école, les enseignants éprouvent globalement un intérêt moyen pour l'éducation à la sexualité (Moyenne = 5,24 ± 2,15/10), avec toutefois une forte disparité d'intérêt. En effet, environ 65% des enseignants (30,6% moyen et 34,4% élevé) jugent leur niveau d'intérêt correct, tandis que 35,0% des enseignants estiment n'avoir qu'un faible intérêt pour l'éducation à la sexualité. Parmi les enseignants, les hommes ont plus

tendance à déclarer avoir un faible intérêt pour l'éducation à la sexualité à l'école, contrairement aux femmes qui ont plutôt tendance à déclarer avoir un niveau d'intérêt moyen (V = 0,191 ; p = 0,001). On constate également que les enseignants dispensant des matières littéraires, les mathématiques ou la physique ont plus tendance à déclarer un faible niveau d'intérêt pour l'éducation à la sexualité, les enseignants d'histoire et géographie ont plus tendance à déclarer avoir un intérêt moyen pour l'éducation à la sexualité tandis que les enseignants de SVT-ESF-EPS sont plus enclins à dire qu'ils ont un intérêt élevé pour l'éducation à la sexualité à l'école (p < 0,001 ; V = 0,307). Les autres facteurs socioculturels n'ont pas une influence sur le niveau d'intérêt que les enseignants ont pour l'éducation à la sexualité à l'école. Le tableau 33-4 représente la synthèse de ces résultats.

Tableau 33-4 : Répartition (%) des élèves selon leur degré d'intérêt pour l'ES

Facteurs socioculturels	Comment évaluez-vous votre intérêt pour l'ES à l'école ? **Faible** [1 à 4]	**Moyen** [5 à 6]	**Élevé** [7 à 10]	Total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***128*** ***35,0%***	***112*** ***30,6%***	***126*** ***34,4%***	***366*** ***100%***			
Sexe							
Garçon	47,7	25,0	40,5	38,3	13,384	0,191	0,001
Fille	52,3	75,0	59,5	61,7			
Ville							
Bafoussam	31,3	34,8	34,9	33,6	1,145	0,040	0,887
Douala	36,7	38,4	38,1	37,7			
Yaoundé	32,0	26,8	27,0	28,7			
Groupe ethnique							
Bantous	50,0	53,6	44,4	49,2	2,029	0,074	0,363
Semi-Bantous	50,0	46,4	55,6	50,8			
Religion							
Catholique	31,3	48,2	40,8	39,7	17,320	0,154	0,008
Protestant	34,4	31,3	29,6	31,8			
Musulman	13,3	1,8	5,6	7,1			
Autres religions	21,1	18,8	24,0	21,4			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***108***	***93***	***105***	***306***			
Peu pratiquant	44,4	33,3	40,0	39,5	2,595	0,092	0,273
Très pratiquant	55,6	66,7	60,0	60,5			
Age Ensemble	***122***	***95***	***115***	***332***			
[20-29]	31,1	36,8	33,0	33,4	5,543	0,091	0,476
[30-39]	37,7	28,4	35,7	34,3			
|40-49]	18,0	17,9	22,6	19,6			
|50-59]	13,1	16,8	8,7	12,7			
Matière enseignée Ensemble	125	105	116	346			
Littéraire	48,0	37,1	30,2	38,7	65,351	0,307	< 0,001
Svt-Esf-Eps	4,8	8,6	40,5	17,9			
Hist-Géo	20,8	29,5	15,5	21,7			
Maths-physiques	26,4	24,8	13,8	21,7			
Ancienneté Ensemble	115	99	114	328			
[1-3]	30,4	39,4	31,6	33,5	4,729	0,085	0,579
[4-6]	13,9	14,1	18,4	15,5			
|7-9]	16,5	9,1	13,2	13,1			
|10->]	39,1	37,4	36,8	37,8			

4.5. Sentiment de compétence des enseignants en éducation à la santé

Il était demandé aux enseignants d'évaluer, sur une échelle de 1 à 10, leur sentiment de compétence en éducation à la sexualité. Globalement les enseignants affichent un sentiment de compétence en éducation à la sexualité faible (moyenne = 3,81 ±1,67/10), avec toutefois des disparités. Ainsi, 67,5% des enseignants estiment avoir une faible compétence en éducation à la sexualité, 26,0% jugent leurs compétences moyennes en éducation à la sexualité, et seulement 6,5% jugent leurs compétences élevées. Les hommes ont plus tendance à juger leur niveau de compétences faible, contrairement aux femmes qui ont plutôt tendance à juger leur niveau de compétence en éducation à la sexualité moyen ou élevé ($p = 0,002$; $V = 0,188$). Le sentiment de compétence des enseignants évolue avec leur âge, les enseignants les plus jeunes ([20,29] ans) ayant tendance à évaluer leur niveau de compétence faible contrairement aux enseignants plus âgés qui ont un sentiment de compétence moyen ou bon ($V = 0,165$; $p = 0,006$). De même la matière enseignée influence sur le sentiment de compétence des enseignants, puisque les enseignants de SVT, ESF ou EPS ont plus tendance à déclarer un niveau de compétence élevé contrairement aux enseignants des autres matières qui sont plus enclins à déclarer un niveau de compétence faible en éducation à la sexualité. Les autres facteurs sociaux n'ont pas d'influence sur le sentiment de compétence des enseignants en éducation à la sexualité. Le tableau 33-5 présente une synthèse de ces résultats.

4.6. Influence de la formation sur le niveau d'intérêt et le sentiment de compétence en éducation à la sexualité des enseignants

Lorsqu'on croise les résultats obtenus au sujet de la formation des enseignants avec ceux obtenus au sujet de leur intérêt et leur sentiment de compétence en éducation à la sexualité, on remarque que la formation a une influence significative sur le niveau d'intérêt et le sentiment de compétence qu'ont les enseignants relativement à une intervention en éducation à la sexualité. En effet, les enseignants qui ont déclaré avoir reçu une formation en éducation à la sexualité ont plus tendance à avoir un fort intérêt pour l'éducation à la sexualité, contrairement aux enseignants non formés qui déclarent davantage n'avoir qu'un intérêt faible ou moyen pour l'éducation à la sexualité ($p < 0,001$; $V = 0,457$). De même, les enseignants qui ont reçu une formation en éducation à la sexualité déclarent davantage avoir un sentiment de compétence moyen ou élevé en éducation à la sexualité, contrairement aux enseignants n'ayant reçu aucune formation qui ont une forte tendance à se sentir incompétent dans le domaine ($p < 0,001$; $V = 0,583$). Le tableau 33-6 donne une synthèse de cette analyse.

Tableau 33-5 : Répartition (%) des élèves selon leur sentiment de compétence en ES

Facteurs socioculturels	Comment évaluez-vous votre niveau de compétence en ES ? Faible [1 à 4]	Moyen [5 à 6]	Élevé [7 à 10]	Total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***247***	***95***	***24***	***366***			
	67,5%	***26,0%***	***6,5%***	***100%***			
Sexe							
Garçon	44,5	26,3	20,8	38,3	12,941	0,188	0,002
Fille	55,5	73,7	79,2	61,7			
Ville							
Bafoussam	33,6	31,6	41,7	33,6	1,681	0,048	0,794
Douala	36,4	41,1	37,5	37,7			
Yaoundé	30,0	27,4	20,8	28,7			
Groupe ethnique							
Bantous	47,8	50,5	58,3	49,2	1,069	0,054	0,586
Semi-Bantous	52,2	49,5	41,7	50,8			
Religion							
Catholique	38,5	43,6	37,5	39,7	8,516	0,108	0,203
Protestant	29,6	34,0	45,8	31,8			
Musulman	7,3	8,5	0,0	7,1			
Autres religions	24,7	13,8	16,7	21,4			
Degré de pratique religieuse							
Ensemble	***207***	***77***	***22***	***306***			
Peu pratiquant	37,7	44,2	40,9	39,5	1,003	0,057	0,606
Très pratiquant	62,3	55,8	59,1	60,5			
Age							
Ensemble	***229***	***82***	***21***	***332***			
[20-29]	34,9	29,3	33,3	33,4	18,136	0,165	0,006
[30-39]	34,1	34,1	38,1	34,3			
|40-49]	15,7	32,9	9,5	19,6			
|50-59]	15,3	3,7	19,0	12,7			
Matière enseignée Ensemble	235	88	23	346			
Littéraire	46,0	25,0	17,4	38,7	88,942	0,359	< 0,001
Svt-Esf-Eps	5,1	42,0	56,6	17,9			
Hist-Géo	22,1	20,5	21,7	21,7			
Maths-physiques	26,8	12,5	4,3	21,7			
Ancienneté Ensemble	220	85	23	328			
[1-3]	35,0	30,6	30,4	33,5	2,582	0,063	0,859
[4-6]	13,6	20,0	17,4	15,5			
|7-9]	13,2	11,8	17,4	13,1			
|10->]	38,2	37,6	34,8	37,8			

Tableau 33-6: Répartition (%) des enseignants suivant l'influence de la formation sur leur niveau d'intérêt et leur sentiment de compétence en ES

	Avez-vous eu une formation en ES ? Oui	Non	Total	Khi Carré	V de Cramer	P
Comment évaluez-vous votre intérêt pour l'ES	**53**	**313**	**366**			
Faible[1 à 4]	1,9	40,6	35,0			
Moyen[5 à 6]	11,3	33,9	30,6	76,293	0,457	< 0,001
Élevé[7 à 10]	86,8	25,6	34,4			
Comment évaluez-vous votre niveau de compétence ?	**53**	**313**	**366**			
Faible[1 à 4]	1,9	78,6	67,5			
Moyen[5 à 6]	73,6	17,9	26,0	124,20	0,583	< 0,001
Bon[7 à 10]	24,5	3,5	6,6			

4.7. Le partenariat avec les acteurs extérieurs

Le partenariat en éducation à la sexualité est un moyen efficace de répondre à la demande en éducation des élèves. Ce partenariat est d'autant plus nécessaire qu'il peut être pour les enseignants une solution à leurs difficultés à intervenir auprès des élèves. L'analyse ci-après présente les conceptions des enseignants sur le partenariat en éducation à la sexualité.

4.7.1. Intérêt accordé par les enseignants à l'action avec des acteurs extérieurs

Globalement, près de six enseignants sur dix (56,9%) estiment que l'efficacité d'une action dépend de l'implication des partenaires extérieurs à l'école dans le projet. En dehors de la religion ($p = 0,047$), aucun autre déterminant social n'a un effet significatif sur cette tendance générale, les femmes répondant pareillement que les hommes ($p = 0,084$) quelque soit la ville ($p = 0,086$), le groupe ethnique ($p = 0,988$), le degré de pratique religieuse ($p = 0,768$), l'âge ($p = 0,582$), la matière enseignée ($p = 0,539$) ou l'expérience professionnel ($p = 0,635$) de l'enseignant. Le tableau 34-1 présente une synthèse de ces résultats.

4.7.2. Implication des institutions religieuses

Plus de la moitié des enseignants sont par ailleurs d'accord avec l'idée que les institutions religieuses puissent être impliquées dans l'éducation à la sexualité des élèves. Les enseignants très pratiquant sont ceux qui ont une forte tendance à envisager une implication des institutions religieuses dans cette éducation, contrairement aux enseignants peu pratiquant qui ont plutôt tendance à s'y opposer ($p < 0,001$; $V = 0,748$). Les autres facteurs socioculturels n'ont pas d'effet sur les réponses des enseignants à ce propos. Ces résultats sont consignés dans le tableau 34-2.

4.7.3. Implication des Associations et organismes de promotion de la santé

S'ils sont plus de la moitié à s'être prononcés pour l'implication des institutions religieuses dans l'éducation à la sexualité des élèves, les enseignants sont moins nombreux (32,9%) à juger que les associations et les organismes de promotion de la santé ont un rôle à jouer dans l'éducation à la sexualité des élèves. Les femmes ont plus tendance à être d'accord avec le fait que les associations et les organismes de promotion de la santé ont un rôle à jouer en éducation à la sexualité, contraire aux hommes qui ont tendance à penser tout à fait l'inverse ($p = 0,008$; $V = 0,138$). Outre le facteur sexe, le facteur religion à aussi un effet significatif

sur la position adoptée par les enseignants à ce sujet. En effet, ce sont les enseignants de religion catholique qui ont le plus tendance à accorder aux associations et organismes de promotion de la santé, un rôle à jouer en éducation à la sexualité, contrairement aux enseignants d'autres religions ($p < 0,001$; $V = 0,246$). De même, ce sont les enseignants de SVT, ESF, EPS, histoire et géographie qui ont le plus tendance à considérer que les associations et organismes de promotion de la santé ont un rôle à jouer en éducation à la sexualité, contrairement aux enseignants de mathématiques, de physique et de littérature ($p = 0,044$; $V = 0,153$). Les autres facteurs n'ont pas un effet significatif sur les réponses des enseignants. Le tableau 34-3 présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 34-1 : Répartition (%) des enseignants selon ce qu'ils pensent du partenariat en ES avec des acteurs extérieurs à l'école

Facteurs socioculturels	Une action concernant la sexualité des élèves ne peut être efficace qu'à partir d'un travail avec des partenaires extérieurs à l'école			Khi Carré	V de Cramer	p
	Oui	Non	Total			
Ensemble	***189 56,9%***	***143 43,1%***	***332 100%***			
Sexe						
Homme	38,1	47,6	42,2	2,986	0,095	0,084
Femme	61,9	52,4	57,8			
Ville						
Bafoussam	30,2	36,4	32,8	4,896	0,121	0,086
Douala	43,4	31,5	38,3			
Yaoundé	26,5	32,2	28,9			
Groupe Ethnique						
Bantous	49,7	49,7	49,7	< 0,001	0,001	0,988
Semi-Bantous	50,3	50,3	50,3			
Religion						
Catholique	43,4	34,5	39,6	7,944	0,155	0,047
Protestant	30,7	32,4	31,4			
Musulman	9,5	5,6	7,9			
Autres religions	16,4	27,5	21,1			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***158***	***122***	***280***			
Peu pratiquant	39,2	41,0	40,0	0,087	0,018	0,768
Très pratiquant	60,8	59,0	60,0			
Age Ensemble	***169***	***134***	***303***			
[20-29]	36,7	30,6	34,0	1,956	0,080	0,582
[30-39]	32,5	34,3	33,3			
|40-49]	20,7	20,9	20,8			
|50-59]	10,1	14,2	11,9			
Matière enseignée Ensemble	***180***	***138***	***318***			
Littéraire	35,6	41,3	38,1	2,162	0,082	0,539
Svt-Esf-Eps	20,6	15,2	18,2			
Hist-Géo	21,7	19,6	20,8			
Maths-physiques	22,2	23,9	23,0			
Ancienneté Ensemble	**168**	**136**	**304**			
[1-3]	36,9	30,1	33,9	1,707	0,075	0,635
[4-6]	15,5	15,4	15,5			
|7-9]	11,9	14,0	12,8			
|10->]	35,7	40,4	37,8			

Tableau 34-2 : Répartition (%) des enseignants selon la place qu'ils accordent aux institutions religieuses dans l'ES des élèves

Facteurs socioculturels	Les institutions religieuses devraient être impliquées dans l'éducation à la sexualité des élèves			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***172*** ***48,5%***	***183*** ***51,5%***	***355*** ***100%***			
Sexe						
Homme	36,0	37,7	36,9	0,105	0,017	0,746
Femme	64,0	62,3	63,1			
Ville						
Bafoussam	34,9	31,1	31,1	2,666	0,087	0,264
Douala	40,7	36,6	36,6			
Yaoundé	24,4	32,2	32,2			
Groupe Ethnique						
Bantous	51,7	48,6	50,1	0,343	0,031	0,558
Semi-Bantous	48,3	51,4	49,9			
Religion						
Catholique	40,1	39,0	39,5	2,413	0,083	0,491
Protestant	33,1	33,0	33,1			
Musulman	5,2	9,3	7,3			
Autres religions	21,5	18,7	20,1			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***127***	***175***	***302***			
Peu pratiquant	82,7	8,6	39,7	168,77	0,748	< 0,001
Très pratiquant	17,3	91,4	60,3			
Age Ensemble	***156***	***165***	***321***			
[20-29]	34,0	31,5	32,7	1,850	0,076	0,604
[30-39]	35,3	33,3	34,3			
|40-49]	21,2	20,6	20,9			
|50-59]	9,6	14,5	12,1			
Matière enseignée Ensemble	***161***	***173***	***334***			
Littéraire	34,2	42,8	38,6	4,278	0,113	0,233
Svt-Esf-Eps	21,1	15,0	18,0			
Hist-Géo	21,1	23,1	22,2			
Maths-physiques	23,6	19,1	21,3			
Ancienneté Ensemble	**152**	**166**	**318**			
[1-3]	36,2	29,5	32,7	4,649	0,121	0,199
[4-6]	11,8	19,9	16,0			
|7-9]	13,8	11,4	12,6			
|10->]	38,2	39,2	38,7			

Tableau 34-3 : Répartition (%) des enseignants selon la place qu'ils accordent aux structures de promotion de la santé dans l'ES des élèves						
Facteurs socioculturels	Les associations et organismes de promotion de la santé ont un rôle à jouer dans l'éducation à la sexualité des élèves à l'école			Khi Carré	V de Cramer	p
	Pas d'accord	D'accord	Total			
Ensemble	***247*** ***67,1%***	***121*** ***32,9%***	***368*** ***100%***			
Sexe						
Homme	47,2	33,2	38,0	6,965	0,138	0,008
Femme	52,2	66,8	62,0			
Ville						
Bafoussam	33,1	33,6	33,4	1,324	0,060	0,516
Douala	34,6	39,4	37,8			
Yaoundé	32,3	27,0	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	43,3	52,7	49,5	2,934	0,089	0,087
Semi-Bantous	56,7	47,3	50,5			
Religion						
Catholique	23,0	48,1	39,5	22,280	0,246	< 0,001
Protestant	40,5	27,4	31,9			
Musulman	7,9	6,6	7,1			
Autres religions	28,6	17,8	21,5			
Degré de pratique religieuse Ensemble	***107***	***200***	***307***			
Peu pratiquant	41,1	38,5	39,4	0,201	0,026	0,654
Très pratiquant	58,9	61,5	60,6			
Age Ensemble	***116***	***218***	***334***			
[20-29]	30,2	34,9	33,2	0,823	0,050	0,844
[30-39]	35,3	33,5	34,1			
|40-49]	20,7	19,7	20,1			
|50-59]	13,8	11,9	12,6			
Matière enseignée Ensemble	***121***	***226***	***347***			
Littéraire	47,1	34,5	38,9	8,084	0,153	0,044
Svt-Esf-Eps	12,4	20,8	17,9			
Hist-Géo	17,4	23,9	21,6			
Maths-physiques	23,1	20,8	21,6			
Ancienneté Ensemble	**111**	**219**	**330**			
[1-3]	32,4	33,8	33,3	0,846	0,051	0,838
[4-6]	14,4	16,0	15,5			
|7-9]	11,7	13,7	13,0			
|10->]	41,4	36,5	38,2			

4.7.4. Utilité des Associations et organismes de promotion de la santé

Globalement, plus de la moitié des enseignants (53,5%) estiment que les associations et organismes de promotion de la santé ne leur sont d'aucune utilité. Les enseignants originaires du groupe ethnique des Bantous ont tendance à soutenir cette position, contrairement aux enseignants originaires du groupe ethnique des Semi-Bantous. Mais cette tendance reste peu significative. (V = 0,104 ; p = 0,045). De même hormis les enseignants de SVT, ESF, et EPS,

les enseignants des autres disciplines ont significativement tendance à soutenir que les associations et organismes de promotion de la santé ne leur sont pas utiles (p < 0,001 ; V = 0,242). Les autres facteurs n'ont aucune influence significative sur les réponses des enseignants. Ces résultats sont consignés dans le tableau 34-4.

Tableau 34-4 : Répartition (%) des enseignants selon qu'ils jugent que les structures de promotion de la santé puissent leur être utiles ou non

Facteurs socioculturels	Pensez-vous que ces associations et organismes de promotion de la santé puissent vous être utiles ? Oui	Non	Total	Khi Carré	V de Cramer	p
Ensemble	***171***	***197***	***368***			
	46,5%	***53,5%***	***100%***			
Sexe						
Homme	42,7	34,0	38,0	2,926	0,089	0,087
Femme	57,3	66,0	62,0			
Ville						
Bafoussam	38,0	29,4	33,4	3,108	0,092	0,211
Douala	34,5	40,9	37,8			
Yaoundé	27,5	29,9	28,8			
Groupe Ethnique						
Bantous	43,9	54,3	49,5	4,003	0,104	0,045
Semi-Bantous	56,1	45,7	50,5			
Religion						
Catholique	42,9	36,5	39,5	3,540	0,098	0,316
Protestant	31,2	32,5	31,9			
Musulman	4,7	9,1	7,1			
Autres religions	21,2	21,8	21,5			
Degré de pratique religieuse						
Ensemble	***144***	***163***	***307***			
Peu pratiquant	38,2	40,5	39,4	0,169	0,023	0,681
Très pratiquant	61,8	59,5	60,6			
Age						
Ensemble	***153***	***181***	***334***			
[20-29]	34,0	32,6	33,2	2,133	0,080	0,545
[30-39]	30,7	37,0	34,1			
|40-49]	22,9	17,7	20,1			
|50-59]	12,4	12,7	12,6			
Matière enseignée						
Ensemble	***160***	***187***	***347***			
Littéraire	31,3	45,5	38,9	20,266	0,242	< 0,001
Svt-Esf-Eps	27,5	9,6	17,9			
Hist-Géo	20,0	23,0	21,6			
Maths-physiques	21,3	21,9	21,6			
Ancienneté						
Ensemble	**154**	**176**	**330**			
[1-3]	33,1	33,5	33,3	0,225	0,026	0,973
[4-6]	16,2	14,8	15,5			
|7-9]	12,3	13,6	13,0			
|10->]	38,3	38,1	38,2			

Les enseignants ayant déclaré que les associations et les organismes de promotion de la santé pouvaient leur être utiles ont émis des attentes à l'endroit de ces structures. Presque un quart (24%) de leur attentes est orienté vers la documentation. Les enseignants attendent en effet de ces structures qu'elles leur proposent de la documentation sur la sexualité. Ils attendent aussi

de ces structures qu'elles les accompagnent par des formations (21%), des séminaires de formation (19%), par des informations et sensibilisations sur leur rôle en éducation à la sexualité. Comme autres attentes, les enseignants concernés souhaitent que les associations et organisme de promotion de la santé leur fournissent des outils d'intervention (6%), les aident à mettre en place des actions d'éducation à la sexualité (5%) et à produire des supports de formation comme des livres et des outils d'intervention (3%). Le tableau 34-5 ci-dessous présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 34-5 : Attentes des enseignants à l'égard des Associations et Organismes de promotion de la santé

	Nombre de fois cité	Pourcentage
Proposer de la documentation sur la sexualité	31	24%
Formation des éducateurs	27	21%
organiser des séminaires de formation	25	19%
accompagnement en intervention à l'école (aide à l'animation)	15	11%
information, sensibilisation des enseignants sur leur rôle en éducation à la sexualité	14	11%
Fournir des outils d'intervention	8	6%
aider à mettre en place des actions	7	5%
produire des supports de formation (livres et outils d'intervention)	4	3%
Total	131	100%

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE LA FORMATION DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ ET DE LEUR RAPPORT AVEC LES PARTENAIRES EXTÉRIEURS

Pour 45% des enseignants, il est difficile de parler de sexualité avec les adolescents. Ils sont moins nombreux (14,4%) à avoir eu une formation en éducation à la sexualité ; les enseignant de SVT-ESF-EPS ayant fortement tendance à déclarer être formés.

Toutefois, parmi les enseignants ayant déclaré n'avoir pas eu une formation en éducation à la sexualité, seulement 24,8% éprouvent le besoin d'une telle formation.

L'intérêt que les enseignants déclarent avoir pour l'ES est moyen (5,24 ±2,15/10). Cependant plus de six enseignants sur dix (65%) déclarent avoir un intérêt moyen ou élevé pour l'ES. Les femmes ont plus tendance à se dire intéressées par l'ES, contrairement aux hommes qui sont plutôt enclins à se déclarer pas intéressés. De même, ce sont les enseignants de SVT-ESF-EPS qui ont plus tendance à déclarer avoir un intérêt élevé pour l'ES, contrairement aux enseignants des autres disciplines.

Bien qu'ayant un intérêt relativement correct pour l'ES, les enseignants affichent par contre un sentiment de compétence faible pour l'ES. En effet, le sentiment de compétence moyen des enseignants est de 3,81 ±1,67/10), et presque sept enseignants sur dix (67,5%) ont un sentiment de compétence inférieur à 5/10. Les hommes sont plus susceptibles de se déclarer incompétent en ES, contrairement aux femmes. Le sentiment de compétence des enseignants est influencé par la discipline enseignée et par l'âge des enseignants.

D'une manière générale, la formation a une forte influence sur l'intérêt et le sentiment de compétences des enseignants en ES. Plus l'enseignant est formé, et plus il a tendance à avoir un intérêt et un sentiment de compétence élevés pour l'ES.

Globalement, les enseignants sont majoritaires (56,9%) à penser qu'une action en éducation à la sexualité à l'école ne peut-être efficace qu'avec l'aide des partenaires extérieurs. Ils sont plutôt d'accord (51,5%) que les institutions religieuses puissent être impliquées dans l'éducation à la sexualité des élèves.

Par contre, ils sont peu nombreux (32,9%) à être d'accord avec le fait que les associations et organismes de promotion de la santé aient un rôle à jouer dans cette éducation des élèves, même si un nombre un peu plus élevé (46,5%) de ces enseignants pensent que ces structures

peuvent leur être utiles.

Parmi les attentes des enseignants qui estiment que les associations peuvent leur être utiles, il y a entre autre : contribuer à leur formation, les accompagner en intervention à l'école, les sensibiliser sur leur rôle en éducation à la sexualité et leur fournir des outils d'interventions.

En dehors de la discipline enseignée et accessoirement la religion et le sexe, les facteurs socioculturels n'ont pas beaucoup d'influence sur les réponses donnée par les enseignants au sujet de leur formation ou de leur relation avec les partenaires extérieurs.

5. Analyse factorielle de l'enquête auprès des enseignants

5.1. Préalables

L'analyse en composantes principales permet d'analyser la distribution des enseignants en fonction de leurs réponses aux questions. Elle permet de déterminer des liens probables entre différentes variables de notre enquête auprès des enseignants. Nous procédons par une approche exploratoire, puisque nous n'avons pas a priori une idée sur la structure de l'ensemble de nos données. Notre analyse porte sur un ensemble substantiel de 31 variables dont les réponses associées sont basées sur une échelle de type Likert. Les données qui en résultent sont de ce fait considérées continues. Globalement, 368 enseignants ont répondu aux questions, ce qui dépasse le seuil de 100 participants recommandés pour assurer une puissance statistique maximale.

5.2. Descriptions des variables

Les variables incluses dans l'ACP sont les suivantes :

- **Variables socioculturelles** : âge (Q2), degré de pratique religieuse (Q5), nombre d'enfants (Q9), ancienneté (Q8).
- **Variable liées à la pratique professionnelle :** satisfaction de l'action menée en ES (Q19), difficulté de parler avec les adolescents (Q21), intérêt pour l'ES (Q22), sentiment de compétence en ES (Q23), formation en ES (Q24), Nécessité d'une formation en ES (Q25), Implication des institutions religieuses en ES (Q26), implication des structures de promotion de la santé (Q27).
- **Variable liées aux conceptions individuelles**: nécessité de l'ES (Q10), rôle de l'école (Q11), conceptions sur l'éducation à la sexualité (Q12-1 à Q12-17).

5.3. Variance totale expliquée et choix des composantes

L'observation du tableau 35 issu des calculs de l'ACP (voir annexe 13) montre que les deux premières composantes (1 et 2), sont les plus significatives. Elles permettant d'expliquer 40,14% de la variance des réponses des 368 enseignants retenus. Nous nous limitons dans notre analyse à ces deux composantes.

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	8,195	26,435	26,435	8,195	26,435	26,435	7,042	22,715	22,715
2	4,249	13,707	40,142	4,249	13,707	40,142	3,876	12,503	35,219
3	3,020	9,742	49,884	3,020	9,742	49,884	3,156	10,181	45,399
4	2,038	6,574	56,458	2,038	6,574	56,458	2,130	6,871	52,271
5	1,929	6,222	62,680	1,929	6,222	62,680	1,823	5,882	58,153
6	1,527	4,925	67,605	1,527	4,925	67,605	1,802	5,812	63,965
7	1,403	4,526	72,132	1,403	4,526	72,132	1,796	5,794	69,759
8	1,151	3,711	75,843	1,151	3,711	75,843	1,625	5,242	75,001
9	1,081	3,486	79,329	1,081	3,486	79,329	1,342	4,328	79,329
10	,967	3,119	82,449						
11	,880	2,837	85,286						
12	,743	2,398	87,684						
13	,689	2,222	89,905						
14	,604	1,947	91,852						
15	,477	1,537	93,390						
16	,390	1,257	94,646						
17	,362	1,166	95,813						
18	,307	,989	96,801						
19	,274	,884	97,686						
20	,222	,716	98,402						
21	,162	,523	98,925						
22	,098	,315	99,239						
23	,070	,226	99,465						
24	,062	,200	99,665						
25	,039	,126	99,792						
26	,033	,106	99,897						
27	,015	,048	99,945						
28	,010	,034	99,978						
29	,005	,016	99,995						
30	,002	,005	10< 0,001						
31	,000	,000	10< 0,001						

Tableau 35 : Variance totale expliquées ACP enseignants.

La figure 30 représente la distribution des réponses des enseignants en fonction de ces deux composantes. Elle fait ressortir trois tendances indépendantes qui nous permettent de classifier les enseignants en trois groupes distincts (G1, G2, G3).

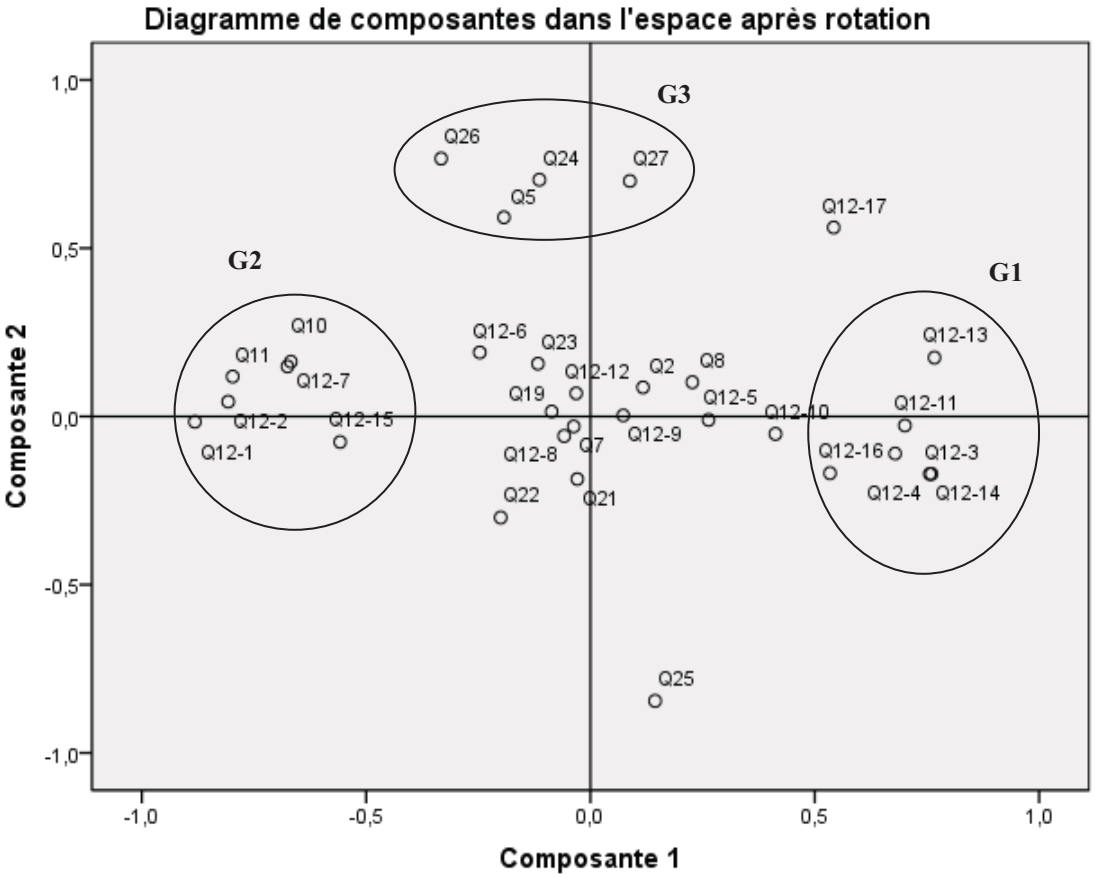


Figure 30 : Diagramme de l'ACP de l'enquête auprès des enseignants

5.4. Description des groupes

- Le premier groupe G1 situé à droite de l'axe de la composante 1 est constitué des enseignants qui sont d'accord avec le fait que l'éducation à la sexualité des enfants relève exclusivement de l'éducation familiale (Q12-3), et que l'enseignant n'a donc pas le droit de donner des directives aux élèves dans ce domaine (Q12-4). Ces enseignants estiment que l'éducation à la sexualité est inutile parce qu'elle est systématiquement inefficace (Q12-11). Pour eux, l'éducation à la sexualité favorise une entrée précoce en sexualité des élèves (Q12-13), et entraîne une augmentation de l'activité sexuelle des jeunes (Q12-14). Ils sont finalement d'accord avec le fait que seule la sexualité de l'adulte mérite d'être débattue et pas la sexualité de l'enfant ou de l'adolescent (Q12-16).

- Le deuxième groupe G2 situé à gauche de l'axe composante 1 est constitué des enseignants qui pensent que l'éducation à la sexualité des jeunes est nécessaire (Q10), et que c'est le rôle de l'école d'assurer cette éducation (Q11). Pour ces enseignants, c'est l'un des rôles de l'enseignant de contribuer à l'épanouissement de l'enfant dans le domaine de la sexualité (Q12-1), puisqu'ils sont aussi d'accord que l'éducation à la sexualité des enfants concerne autant les parents que les enseignants (Q12-2). Les enseignants de ce groupe sont d'accord que pour être efficace, une action en éducation à la sexualité doit durée tout au long de la scolarité de l'enfant (Q12-7), et ils pensent que cette éducation peut permettre de prévenir des problèmes de santé ultérieurs (Q15).
- Le troisième groupe G3 situé en haut de la composante 2 est constitué d'enseignants très pratiquants (Q5), ayant reçu une formation en éducation à la sexualité (Q24). Ces enseignants sont d'accord avec le fait que les institutions religieuses soient impliquées dans l'éducation à la sexualité des élèves (Q26) et que les associations et organismes de promotion de la santé ont un rôle à jouer dans l'éducation à la sexualité des élèves à l'école (Q27).

L'ACP met ainsi en évidence trois groupes d'enseignants ayant des conceptions de l'éducation à la sexualité tout à fait différentes, voir même opposées. Comme nous l'avons relevé dans notre cadre conceptuel, ce constat interroge vivement les enjeux de la formation de ces enseignants en éducation à la sexualité. Celle-ci doit pouvoir prendre en compte cette diversité des conceptions individuelles des enseignants. Ceci dans l'objectif de les faire évoluer, et de parvenir à inscrire les enseignants dans une culture commune en éducation à la sexualité. L'identification de ces groupes d'enseignants permet aussi d'envisager des objectifs de formation ciblés en fonction des conceptions caractérisant les groupes.

Chapitre 10

DISCUSSION

La pertinence d'une recherche dépend de celle des méthodes et outils déployés pour la mener, des biais engendrés et des possibilités de résorption de ces biais. Basée sur une approche par questionnaire, notre recherche présente l'avantage de porter sur des données collectées auprès d'un grand nombre de personnes (3071 élèves et 368 enseignants). De même, elle donne la possibilité de quantifier et comparer les conceptions individuelles et les pratiques de l'éducation à la sexualité aussi bien des élèves que des enseignants.

Cependant, elle a le désavantage de ne permettre d'accéder qu'à ce qui est déclaré et ne permet pas d'accéder aux pratiques réelles. En outre, il n'est pas possible d'approfondir ou d'éclaircir les informations collectées. De même notre échantillonnage n'a pas été construit sur la base d'une technique probabiliste permettant d'assurer la représentativité de la population dans l'échantillon obtenu. La généralisation des résultats obtenus ne peut ainsi être faite sans tenir compte de cette limite qui constitue un biais pour notre enquête. Ces limites modèrent les interprétations pouvant être faites des données quantitatives recueillies, mais ne retire rien au fait que notre recherche permet d'appréhender les conceptions individuelles, les besoins éducatifs et les pratiques déclarées en éducation à la sexualité des principaux acteurs que sont les élèves et les enseignants du Cameroun.

1. Réflexions sur les résultats essentiels de l'enquête auprès des élèves

1.1. L'éducation à la sexualité, une nécessité pour les jeunes

Notre recherche relève l'ampleur de l'intérêt accordé par les élèves à une éducation à la sexualité à l'école. En effet, 82,7% des élèves enquêtés jugent cette éducation utile à l'école. Cet intérêt est d'autant plus justifié que seulement 40,1% des élèves enquêtés estiment disposer d'informations suffisantes sur la sexualité. Ce résultat lève le doute sur l'utilité de proposer une telle activité à l'école, les actions en éducation à la sexualité reposant très souvent sur les données épidémiologiques sur les risques liés au comportement sexuel et sur « le présupposé que les enfants et les jeunes ont spécifiquement besoins des informations et des compétences qui sont dispensées dans le cadre d'une éducation sexuelle » (Unesco, 2010, p. 8). Il corrobore plusieurs enquêtes menées auprès des jeunes au Canada qui démontrent que

ces jeunes souhaitent que l'école contribue à leur éducation à la sexualité (Byers, Sears, Voyer, Thurlow, Cohen & Weaver, 2003a ; 2003b ; McKay & Holowaty, 1997). L'une ces études évaluent à 92% le nombre d'élèves du secondaire qui estiment que l'éducation à la sexualité doit être offerte à l'école (Byers, Sears, Voyer, Thurlow, Cohen & Weaver, 2003a).
Les jeunes jugent l'éducation à la sexualité nécessaire à l'école d'autant plus qu'ils sont massivement (80,7%) convaincus que cette éducation peut leur permettre de prévenir des problèmes ultérieurs de santé. Ce qui est parfaitement justifié puisque de nombreuses recherches ont montré l'impact positif de l'éducation à la sexualité sur le comportement sexuel des jeunes, notamment l'augmentation de l'usage des préservatifs et des contraceptifs, et/ou le retardement de l'entrée en activité sexuelle et/ou la réduction de cette activité sexuelle (Kirby, 2002 ; Kirby, Laris & Rolleri, 2005 ; 2007 ; Unesco, 2010).

1.2. L'école, un cadre légitime pour l'éducation à la sexualité des jeunes…

Pour une majorité d'élèves (57,2%), l'école est pleinement dans son rôle en assurant leur éducation à la sexualité. Cette confiance faite à l'école par les élèves est justifiée puisque « dans le cadre de sa mission d'éducation …, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte, [et] l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à cette formation dans sa dimension individuelle comme dans son inscription sociale » (MEN, 2003). De même cette légitimation de l'école par les élèves comme acteur de leur éducation à la sexualité corrobore les résultats de plusieurs recherches[49] citées par l'Inserm (2001) qui attribuent à l'école la responsabilité de faire l'éducation aux risques sexuels.

1.3. Et les enseignants habilités à intervenir auprès des jeunes en éducation à la sexualité

Un nombre plus important d'élèves (75,6%) reconnaissent aux enseignants, tout comme pour l'école, la légitimité de leur donner une éducation dans le domaine de la sexualité. Ceci traduit une forte attente des élèves à l'égard de l'école et des enseignants au Cameroun, en ce qui concerne leur éducation à la sexualité, un constat fait également en France par plusieurs recherches relativement à la prise en charge de l'éducation des élèves dans le domaine de la sexualité (Choquet & Ledoux, 1998 ; Lagrange & Lhomond, 1997).

[49] (De Peretti et coll., 1993 ; DiClemente, 1993 ; Dhillon et coll., 1993 ; Dick and coll., 1993 ; Guillemard, 1993 ; Isaksson et coll., 1993 ; Narboni, 1993 ; Robenstine, 1993 et 1994), Denman et coll., 1994 ; McEwan et coll., 1994 ; Unks, 1996 ; Donavan, 1998 ; Kyman, 1998)

1.4. Une faible implication des partenaires extérieurs dans l'éducation à la sexualité…

Si les élèves attendent beaucoup de l'école et des enseignants en ce qui concerne leur éducation à la sexualité, il n'en n'est pas de même des partenaires extérieurs à l'école, notamment les organismes associatifs, les centres sociaux, les lieux de culte. En effet, les partenaires potentiels sont particulièrement absents de la sphère éducative des élèves, puisque presque neuf élèves sur dix (88,2%) affirment ne pas connaître ces organismes ; tout comme ils ne figurent pas parmi les endroits privilégiés où les élèves trouvent leurs informations sur la sexualité. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'au Cameroun, ces structures sont plus ancrées dans des actions de prévention à destination du grand public, et pas spécialement en direction des élèves, ou simplement par le manque de crédit tant de leurs ressources humaines que de leurs actions. Cette absence des partenaires extérieurs dans l'éducation à la sexualité des élèves au Cameroun est tout à fait contraire à la situation en France par exemple, où l'action de ces partenaires est encouragée par le Ministère de l'éducation nationale (MEN, 2003). En effet, « si la mise en œuvre de partenariats est susceptible d'étendre les ressources de l'école en mobilisant des compétences spécifiques complémentaires, elle permet aussi de disposer de ressources et relais extérieurs à l'école ». De même, des études comme celle menée par Rochigneux, Berger, Courty et Jourdan (2007) montrent une présence plus marquée des acteurs extérieurs dans les actions d'éducation à la sexualité à l'école.

1.5. Et une absence relative des parents…

La sexualité demeure un sujet tabou dans les familles au Cameroun. Les élèves sont nombreux à ne pas parler de sexualité avec leurs parents (61,3%), même si 38% des élèves affirment discuter de sexualité avec leur mère contre seulement 16,9% avec leur père. Ce résultat est corroboré par une enquête américaine qui montre que 72% des parents déclarent ne jamais parler ou parler rarement de sexualité avec leurs enfants (Berne & Huberman, 1999). Ceci marque une rupture avec la société traditionnelle africaine où les parents étaient en avant-garde dans l'éducation à la sexualité de leurs enfants. On peut aussi penser que la recrudescence des nouvelles sources d'information (télévision, internet, radio, magazines…) en éducation à la sexualité dans les pays africains fragilise davantage le dialogue entre parents et enfants sur la sexualité. Pourtant, ces nouvelles sources d'information n'enlèvent rien à la

place que les jeunes voudraient accorder à leurs parents, puisque 60% des élèves sont d'accord avec le fait que leur éducation à la sexualité concerne autant les parents que l'école. Bien que nous ne disposions pas de l'avis des parents sur la question au Cameroun, plusieurs travaux, notamment au canada, ont déjà montré que les jeunes considèrent leurs parents comme des sources précieuses d'information sur la sexualité et que les parents estiment qu'il est de leur responsabilité de discuter de la sexualité avec leur enfants (Frappier et al., 2008). Une autre enquête canadienne montre que pour 61% de jeunes, les parents sont susceptibles de constituer un canal qui pourrait être mis à contribution pour l'éducation à la sexualité des élèves. En effet, il est souhaitable que les parents soient véritablement associés au projet des le début, puisque « les valeurs familiales et communautaires, de même que les normes et les conditions sociales, influent fortement sur la perception et le comportement des jeunes » (ASPC, 2008, p. 13). L'implication des parents est d'autant plus nécessaire que « si les enseignants et les parents s'apportent un soutien mutuel dans la mise en œuvre d'un processus guidé et structuré d'enseignement et d'apprentissage, il est probable que les enfants et les jeunes auront de meilleures chances de s'épanouir sur le plan personnel » (ASPC, 2008, p. 13). Malheureusement, si les deux partis expriment dans plusieurs enquêtes leur désir d'avoir des échanges autour de la question de la sexualité, il ne leur est pas toujours facile de surmonter le malaise générer par le sujet puisque 64,2% des élèves estiment que leurs parents sont mal à l'aise pour discuter avec eux des sujets de sexualité.

1.6. Compensée par une contribution forte des médias à l'information des élèves sur la sexualité

L'absence des parents et des associations de promotion de la santé, et la faible implication de l'école dans l'éducation à la sexualité des élèves au Cameroun sont fortement compensées par les médias populaires. En effet, la télévision (76,8%) et l'Internet (59%) figurent dans le trio de tête des sources d'information privilégiées des élèves. Le problème des ces sources d'information est qu'il n'y a aucun contrôle sur la nature et la qualité des informations véhiculées. De plus, même si les médias peuvent apporter une information sur la sexualité, il n'en demeure qu'ils ne répondent pas aux interrogations particulières des jeunes qui ont besoin de s'exprimer, de dialoguer sur le sujet avec des personnes ressources. L'école apparait comme la deuxième source (65,3%) d'information des élèves sur la sexualité, toutefois ce score mérite d'être relativisé dans la mesure où l'école aurait pu apparaitre aux élèves davantage comme un lieu de vie où ils rencontrent leurs camarades avec qui ils peuvent parler

librement de sexualité, que comme une Institution qui leur fourni à travers des enseignements des informations sur la sexualité. Dans une enquête menée au Québec (Frappier et al., 2008), l'école (80%) parait comme la première source d'information des élèves suivi de la télévision (54%), des livres scolaires (52%) et Internet (44%). Une enquête britannique (Francoeur & Noonan 1997) montre que les jeunes obtiennent plus de connaissances sur la sexualité par les médias que par l'école ou les professionnels de santé. D'autres enquêtes (Allan et al., 2006 ; Kulczycki et al., 2006) démontrent également l'importance des médias comme sources d'informations des jeunes en matière de sexualité. Même si la représentativité n'est pas la même suivant les enquêtes, il n'en demeure qu'ils vont dans le sens de nos résultats, puisque dans tous les cas, les médias occupent une place privilégiée dans les sources d'information des jeunes en matière d'éducation à la sexualité.

1.7. Une articulation des conceptions individuelles de la sexualité et des besoins éducatifs des élèves autour des cinq dimensions de la sexualité

Les conceptions individuelles des élèves sur la sexualité ou leurs besoins éducatifs en éducation à la sexualité s'articulent autour des cinq dimensions de la sexualité. On constate notamment que, malgré plus d'une dizaine d'années d'actions de prévention contre les IST et le VIH/sida au Cameroun, c'est la dimension psychoaffective de la sexualité qui est au cœur des conceptions individuelles des élèves sur la sexualité. Lorsqu'ils sont cités dans la dimension comportementale, les IST et le VIH/sida n'apparaissent qu'en troisième position après les grossesses (précoces, non désirées) et les interruptions volontaires de grossesses.

De même en ce qui concerne les besoins éducatifs des élèves, ce sont des thèmes ayant trait à la dimension comportementale de la sexualité qui prévalent dans leur demande, les IST et VIH/sida ne figurant qu'en troisième position dans la liste de ces thèmes.

Ceci révèle le décalage qu'il peut avoir entre les programmes d'éducation à la sexualité très axés sur la prévention des IST et le VIH/sida et les conceptions individuelles des élèves sur leur sexualité et leurs besoins éducatifs. Toutefois, même si une dimension de la sexualité est dominante dans les conceptions ou dans les besoins éducatifs des élèves, ce n'est pas pour autant qu'elle constitue le pôle d'activité par excellence en éducation à la sexualité. En effet, chacune des dimensions de la sexualité ne représente qu'une partie de la sexualité et ne peut être traitée de manière isolée. C'est pourquoi, dans le cadre de l'éducation Pelège et Picod (2010) préconisent que les informations et les connaissances scientifiques transmises doivent permettre aux jeunes de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité.

Ceci justifie la nécessité d'une éducation à la sexualité basée sur une approche globale pour mieux prévenir les risques liés au comportement sexuel des élèves (Irvin, 2000). Cette approche globale doit prendre en compte les différentes dimensions de la sexualité, afin de ne pas être simplement une action préventive basée sur une information purement sanitaire. En effet, la motivation du comportement sexuel de l'élève ne dépend pas seulement des connaissances qu'il a des risques sanitaires, mais bien de sa capacité à se construire une image positive de lui-même et de la sexualité par une intégration harmonieuse des différentes dimensions de celle-ci.

1.8. Des besoins éducatifs particulièrement influencés par les sujets de dialogue avec les parents, et par les conceptions individuelles des élèves sur la sexualité

Le rapprochement des besoins éducatifs exprimés par les élèves, de leurs conceptions individuelles de la sexualité, et des sujets de dialogue avec les parents montre une tendance proche dans la répartition des besoins éducatifs et des sujets de dialogue, entre les différentes dimensions de la sexualité. Ainsi, les répartitions des besoins éducatifs et des sujets de dialogue donnent respectivement : pour la dimension comportementale 41,10% vs 45,5% ; pour la dimension biologique 30,4% vs 24,5% ; pour la dimension psychoaffective 17,30% vs 19,00% ; pour la dimension sociale/culturelle 8,8% vs 6,8% ; et pour la dimension morale 2,4% vs 4,2%. Si cette disposition est clairement observable entre les besoins éducatifs et les sujets de dialogue avec les parents, ce n'est pas le cas lorsqu'on rapproche les besoins éducatifs avec les conceptions individuelles des élèves. On n'observe en effet qu'une correspondance relative dans les répartitions avec notamment une tendance proche dans la représentativité de la dimension biologique (30,40% vs 31,5%). Si le lien entre les sujets de dialogue avec les parents et les besoins éducatifs des élèves s'affirme, les conceptions individuelles des élèves n'ont qu'une influence modérée sur les besoins éducatifs exprimés par les élèves. Les élèves ont ainsi une tendance à reproduire dans l'expression de leur besoin éducatif en éducation à la sexualité, les thématiques au centre de leurs discussions avec leurs parents sur la sexualité.

1.9. Mais un grand souci de la santé reproductive chez les élèves

Que ce soit du point de vue de leurs conceptions individuelles sur la sexualité, des sujets de discussion avec les parents ou des thèmes sur lesquels les élèves souhaitent être entretenus, on remarque que les élèves expriment un grand souci pour leur santé reproductive. En effet, les

élèves, garçons comme filles sont très préoccupé par tout ce qui est en rapport avec la maternité (grossesses précoces, grossesses non désirées, interruption volontaire de grossesse). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'une grossesse est une preuve matérielle du comportement sexuel aussi bien de la fille que du garçon. Elle met en lumière une activité que les élèves auraient souhaité garder pour eux. De même une grossesse précoce ou non désirée entraîne des responsabilités que ces élèves ne sont pas prêts à assumer. D'une part, de telles grossesses sont susceptibles d'hypothéquer leur avenir, parce que la jeune fille est obligée d'arrêter ses études. D'autre part, si la jeune fille souhaite mener la grossesse à terme, cela nécessite des moyens financiers qu'elle ne peut supporter. En outre, l'interruption volontaire de grossesse étant illégale au Cameroun, cet acte est presque tabou et suscite maintes craintes chez les jeunes filles. Les coûts liés à l'opération dans les structures sanitaire qui s'y prêtent clandestinement ne sont pas à la portée des jeunes. Il y a donc le risque pour la jeune fille de mettre sa vie en danger en ayant recours à des méthodes peu conventionnelles pour pratiquer l'interruption volontaire de grossesse. Cette crainte peut aussi être développée dans le milieu familial, le discours des parents sur la sexualité de leurs enfants étant très souvent centré sur le risque d'une grossesse non désirée, synonyme pour la fille d'une vie gâchée et d'une exposition à une interruption volontaire de grossesse dont les familles redoutent la pratique, et pour le garçon d'une responsabilité prématurée.

La crainte d'une grossesse adolescent n'est pas propre qu'aux jeunes du Cameroun. Nos résultats sont en effet corroborées par des études américaine et québécoise qui montrent que chez les jeunes filles, la peur de la grossesse est le frein le plus important sur les décisions d'avoir des relations sexuelles (Jedlicka & Robinson, 1987 ; Lévy, Otis, Samson, Fugère & Pilote, 1996). Le niveau de la peur de la grossesse est d'ailleurs plus important chez ces jeunes filles, que la peur liée à l'infection par les IST et VIH/sida. D'après l'étude de Lévy, Otis, Samson, Fugère et Pilote (1996), « la peur d'une grossesse constitue l'un des déterminants significatifs dans les scénarios des filles sexuellement non actives » (p. 23).

1.10. Une influence relative des facteurs socioculturels sur les élèves

Parmi les facteurs socioculturels (sexe, âge, niveau d'instruction, ville de résidence, groupe ethnique, religion, degré de pratique religieuse) dont l'influence a été analysée dans notre recherche certains ont eu des effets significatifs sur l'attitude des élèves vis-à-vis de la sexualité.

Le sexe : globalement, il n'y a pas de différence significative entre les conceptions individuelles des filles et des garçons sur la sexualité et sur l'éducation à la sexualité, de même que sur leurs besoins éducatifs. Comme nous l'avons émis dans notre cadre théorique, les conceptions individuelles sont construites et sont en rapport avec le niveau de connaissance, le milieu culturel et social. Dans le cadre de leur sexualité, les élèves du Cameroun, qui sont peu nombreux à en discuter avec leurs parents, privilégient les mêmes sources d'informations (télévision, école, internet, livres scolaires, magazines). Cette référence aux mêmes sources d'information associée à l'effet des représentations sociales sur la sexualité, contribue en grande partie à la construction et à la convergence des conceptions et des besoins éducatifs des filles et des garçons sur la sexualité.

Toutefois, si le sexe n'a pas un effet sur les conceptions et les besoins éducatifs des élèves, il a par contre un effet significatif sur les relations filles/garçons, sur l'expérience sexuelle et sur les relations avec les parents.

En effet, la question de genre liée à l'identité sexuelle influe sur la relation entre une fille et un garçon, en définissant les rôles sexuels et en orientant les comportements sexuels dans le couple. La *"suprématie"* du garçon sur la fille dans une relation amoureuse est établie dans les conceptions des élèves, et une marge de manœuvre réduite est accordée à la fille dans les prises de décision.

De même les filles sont plus nombreuses à discuter de la sexualité avec les parents, ce n'est pas le cas des garçons. Il serait intéressant de vérifier si cela ne relève pas de la responsabilité des parents qui auraient plus tendance à solliciter un dialogue avec la fille que le garçon. Enfin, les garçons ont des relations sexuelles plus précoces (âge moyen = 14,46, écart-type =1,34) et plus réguliers que les filles (âge moyen = 15,31 ; écart-type = 1,35). Ils sont également plus nombreux que les filles à déclarer avoir déjà eu un rapport sexuel (269 garçons contre 173 filles).

L'âge : si l'âge n'a pas un effet sur les conceptions individuelles des élèves sur la sexualité, il influence cependant sur les thèmes éducatifs suggérés par les élèves et sur leurs pratiques sexuelles. On observe notamment que les élèves les plus âgés sont plus nombreux à avoir eu un rapport sexuel. Ce résultat est corroboré par plusieurs autres études (Christopher & Roosa, 1991; Dorius, Heaton & Steffen, 1993; Lévy, Otis, Samson, Fugère & Pilote, 1996), qui montrent que l'âge est un déterminant important d'une entrée dans la vie sexuelle tant chez les filles que chez les garçons. Ceci pose le problème du très grand écart d'âge entre les élèves observé dans les classes enquêtées au Cameroun. En effet, nous pensons que le fait d'avoir

des élèves plus âgés et sexuellement plus actifs dans une même classe avec des élèves moins âgés peut avoir une influence sur le comportement sexuel de ces derniers. De même se pose le problème du contenu des programmes. Un élève de 10 ans n'a pas les mêmes attentes en éducation à la sexualité qu'un élève de 19 ans, et le fait d'avoir théoriquement le même niveau d'instruction (puisque étant dans la même classe) ne remédie pas à cela. Il en est de même pour les pratiques pédagogiques à déployer dans le cadre des actions éducatives en éducation à la sexualité devant un public présentant de telles différences d'âge.

La ville de résidence : même si elle est faible, la ville de résidence des élèves a une influence significative sur les conceptions individuelles de l'éducation à la sexualité, sur les thèmes éducatifs suggérés, sur la relation avec les parents et particulièrement sur l'expérience sexuelles des élèves. Cette influence traduit la différence des représentations sociales sur la sexualité qui peut être observée d'une ville à l'autre du Cameroun. Cette différence est liée d'une part au niveau de développement socioéconomique de la ville, mais aussi aux valeurs traditionnelles sur la sexualité qui dominent dans la région où est située la ville. Ainsi les élèves résidant dans la ville de Douala ont beaucoup plus tendance à avoir déjà eu un rapport sexuel que ceux des villes de Yaoundé et ceux de Bafoussam, respectivement.

Le groupe ethnique : Il a une influence significative sur les relations entre les élèves et leurs parents, les besoins éducatifs exprimés et surtout l'expérience sexuelle des élèves. Les élèves partagent certes les mêmes conceptions sur la sexualité et l'éducation à la sexualité, mais selon qu'ils soient originaires du groupe ethnique des Bantou, des Semi-Bantous ou des Soudanais, ils ont des comportements sexuels différents. Les Bantous et les Soudanais ont par exemple plus de propension à passer à l'acte sexuel que les Semi-Bantous. Ce constat a été fait antérieurement par d'autres recherches, notamment celle de Rwenge (2004) qui montre d'une part qu'un individu du groupe ethnique des Bantous (Béti) est plus enclin à mener une relation extraconjugale qu'un individu du groupe ethnique des Semi-Bantous (Bamiléké), et d'autre part que les filles Bantous (Bétis) sont proportionnellement plus infidèles que les filles Semi-Bantous (Bamiléké). De même, Rwenge (2002 ; 2004) établie une relation entre l'ethnie et la sexualité occasionnelle et rétribuée, en montrant que ces types de rapport sexuels sont plus fréquents chez les bantous (Béti) que chez les Semi-Bantou (Bamiléké).
Cette divergence de comportement sexuel suivant le groupe ethnique d'origine pose le problème tant des contenus, des visées éducatives que des pratiques pédagogiques à mettre en

œuvre dans le cadre des programmes d'éducation à la sexualité, selon qu'on intervienne dans des régions à dominance ethnique différente.

La religion et le degré de pratique religieuse : si la religion n'a pas un effet significatif sur les conceptions et les besoins éducatifs en éducation à la sexualité des élèves, le degré de pratique religieuse a par contre une influence significative tant sur leur expérience sexuelle, leurs relations avec leurs parents, que sur leur conceptions de l'éducation à la sexualité. Ainsi, les élèves les moins pratiquants ont plus tendance à passer à l'acte sexuel, contrairement aux élèves les plus pratiquants, tout comme le niveau de dialogue entre parents et élèves est plus élevé lorsque les élèves sont très pratiquants que lorsqu'ils ne le sont pas. D'autre études (Forste & Heaton, 1988 ; Miller & Bingham, 1989 ; Otis, Samson, Fugère & Pilote, 1996) montrent également que la pratique religieuse, est un facteur important dans la non implication sexuelle des jeunes.

L'absence d'influence de la religion dans notre enquête peut s'expliquer à notre avis par le déséquilibre dans la représentativité des religions dans notre échantillon, notamment la religion musulmane. Ce qui invite à la modération dans l'interprétation qui peut être fait de cette faible influence de la religion sur les conceptions et les besoins éducatifs des élèves en éducation à la sexualité. Même si dans notre étude l'influence de la religion sur le comportement sexuel des élèves est faible, les règles religieuses en matière de sexualité interpellent par contre fortement les élèves, puisqu'ils sont 66,1% à juger important que celles-ci soient respectées.

Le niveau d'instruction : il a plus une influence sur l'expérience sexuelle des élèves que sur les autres aspects (besoins éducatifs, conceptions, relation fille/garçon). Les élèves de la classe de troisième sont en effet plus nombreux à avoir eu un rapport sexuel que ceux de la classe de quatrième. Ce que confirme au Québec les recherches de Lévy, Otis, Samson, Fugère et Pilote (1996) qui ont établit que le niveau scolaire constitue un déterminant significatif (distinct de l'âge) de l'entrée dans la vie sexuelle, notamment chez les garçons. Ils relèvent que les élèves qui ont le niveau d'étude le plus avancé sont plus enclins à être actifs sexuellement. De même Kuaté-Défo (1998) et Calvès (1999) aboutissent aux mêmes résultats dans d'autres études menées au Cameroun, qui montrent que les filles ayant un niveau d'études équivalent au moins au secondaire, ont une probabilité plus élevés d'être sexuellement actives avant le mariage que celles qui sont moins instruites.

Les niveaux scolaires des élèves retenus pour notre enquête qui sont très proches (classe de quatrième et classe de troisième), peuvent expliquer l'absence ou la faiblesse du niveau d'instruction sur les conceptions et les besoins éducatif des élèves en éducation à la sexualité. En effet, il est possible que cette influence du niveau d'instruction soit plus marquée, par exemple, entre les élèves du premier cycle et ceux du second cycle. Cette remarque appelle à une certaine modération quant à l'interprétation qui peut être faite.

2. Réflexions sur les résultats essentiels de l'enquête auprès des enseignants

2.1. Nécessité de l'éducation à la sexualité des jeunes

A plus de six sur dix (60,3%), les enseignants estiment que l'éducation à la sexualité des jeunes est nécessaire. Le corpus littéraire que nous avons consulté dans le cadre de notre recherche ne rend pas compte d'une position antérieure des enseignants à ce propos. Si effectivement cette question n'a pas été auparavant explicitement soumise aux enseignants, nos résultats en ce qui concerne les enseignants du Cameroun permettent de se faire une idée précise de l'avis des enseignants sur l'opportunité d'assurer une éducation sexuelle des jeunes. Mais cela laisserait présupposer un manque de consultation des enseignants sur un projet éducatif susceptible de les bousculer dans leurs convictions professionnelles et qui par contre nécessite leur adhésion. Le rôle qui leur est assigné en éducation à la sexualité reposerait alors sur la préconception que l'enseignant est partie prenante de tout projet éducatif que l'école s'attribuerait ? Il nous semble indéniable que l'implication des enseignants dans un projet d'éducation à la sexualité peut être dans une certaine mesure déterminée par l'idée qu'ils se font de son opportunité.

2.2. Une position circonspecte quant au rôle de l'école en éducation à la sexualité…

Dans le cadre de notre recherche, les enseignants se montrent réservés sur le rôle de l'école en éducation à la sexualité. Ils ne sont que 48,9% à être d'accord sur le fait que c'est le rôle de l'école d'assurer l'éducation sexuelle des élèves. Si en France plusieurs circulaires du Ministère de l'Éducation Nationale (2003, 2011) et des lois (2001[50], 2010[51]) attribuent à l'école un rôle dans l'éducation à la sexualité des élèves, peu de recherches ont cependant

[50] LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
[51] LOI n° 2010-121 du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux.

exploré les conceptions des enseignants à ce propos. Dans plusieurs pays, c'est le politique qui défini et cadre le rôle de l'école en éducation à la sexualité. La constitution de l'éducation à la sexualité comme une mission de l'école par les enseignants semble aller de soi, tout comme « la prise en charge de l'éducation [à la sexualité] par les enseignants semble, au premier abord, tomber sous le sens » (Klaue, 2004, p. 27). Il nous semble que la question doit être posée explicitement aux enseignants afin qu'ils puissent se positionner par rapport à leur Institution sur la mission aujourd'hui assigné à l'école dans le domaine de l'éducation à la sexualité. A moins que ne soit acquis que l'avis de l'enseignant ne compte pas dans la définition des missions de l'école qui se traduisent au finale en missions pour l'enseignant.

2.3. Et au rôle de l'enseignant en éducation à la sexualité

La position des enseignants du Cameroun n'est pas non plus tranchée quant à leur rôle en éducation à la sexualité. 50,7% des ces enseignants considèrent cet enseignement comme constitutive de leur mission. Cette proportion d'enseignants qui considère l'éducation à la sexualité comme une partie intégrante de leur mission est faible relativement aux résultats d'une enquête similaire menée en France par Rochigneux, Berger, Courty et Jourdan (2007) auprès des enseignants de section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), enquête qui montre que 77% desdits enseignants estiment que l'éducation à la sexualité est constitutive de leur tâche. Une autre étude menée auprès d'enseignants de biologie en France et au Congo (Sacadura, Marzin & Charbonnier, 2005) établit que ces enseignants considèrent que c'est bien leur rôle de faire l'éducation à la sexualité des élèves, même s'ils préfèrent que cela soit fait par des experts extérieurs à la classe. De même une enquête de Marzin (2001) portant sur la prévention du sida et l'éducation au risque montre que les enseignants considèrent que c'est bien leur rôle de faire de la prévention du sida. Nos résultats sont bien loin de corroborer ceux de ces trois études. Ils traduisent la défiance d'un nombre important d'enseignants du Cameroun vis-à-vis de l'éducation à la sexualité dont ils en font un objet périphérique, une action qui est loin d'être constitutive de la mission tant de l'école que des enseignants.

2.4. Une légitimité accordée aux parents et à la famille comme acteurs de l'éducation à la sexualité des élèves

Si les enseignants sont peu enthousiastes sur leur rôle en éducation à la sexualité, ils sont par contre plus nombreux à estimer que c'est le rôle autant des parents que des enseignants

(53,7%), ou alors le rôle exclusif de la famille (58,8%) d'assurer cette fonction. On peut penser que le fait que les enseignants soient impliqués dans la première hypothèse freine leur ardeur, ce qui peut expliquer que le score de la famille soit de plus de cinq points plus élevé. Dans le cadre de l'éducation à la santé, l'enquête de Jourdan et al. (2002) montre que 79,9% des enseignants estiment que l'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les parents, alors qu'ils ne sont que 11,5% à être d'accord que cette éducation concerne exclusivement la famille. Certes l'aspect intime de l'éducation à la sexualité qui peut encourager à l'inscrire dans le domaine du privé invite à relativiser les écarts entre les deux enquêtes. Mais ces écarts ne peuvent non plus laisser impassible, puisqu'ils renforcent l'idée que les enseignants du Cameroun ne souhaitent pas être au centre de l'éducation à la sexualité des élèves.

2.5. Peu d'enseignants engagés en éducation à la sexualité à l'école, et qui envisagent de le faire

Dans la pratique, très peu d'enseignants (15,5%) sont engagés en éducation à la sexualité et envisagent de le faire (34,4%). Ce désengagement des enseignants s'explique majoritairement par le manque de temps dû à la pression générée par les matières fondamentales (70,8%), par le sentiment qu'ils ont de ne pas être dans leur rôle en éducation à la sexualité (49,3%) et de manquer de compétences (38,0%). Le manque de motivation est aussi avancé par plus de la moitié des enseignants qui ne souhaitent pas intervenir en éducation à la sexualité. Plusieurs autres raisons sont également données : le fait que ce ne soit pas inscrit au programme, que ce n'est pas le rôle de l'école… Bien que pouvant être rapprochés des résultats de la recherche de Rochigneux, Berger, Courty et Jourdan (2007), les proportions de nos résultats sont largement au dessus des leurs. En effet, dans cette enquêtés, ce sont 33% des enseignants interrogés qui déclarent ne pas faire de l'éducation à la sexualité. Comme justificatifs, ils énumèrent le manque de temps (15%), le manque de formation (11%), le manque de matériel (13%) et d'informations (10%), et la difficulté de rencontrer des personnes ressources (10%). Même si les raisons évoquées pour expliquer le fait qu'ils n'interviennent pas dans cette éducation sont pareilles entre les enseignants des deux enquêtes, il apparait clairement que les proportions sont très élevées chez les enseignants du Cameroun. La pluralité des raisons invoquées par les enseignants qui déclarent ne pas faire de l'éducation à la sexualité au Cameroun et surtout leurs proportions élevées, montrent le niveau des difficultés à surmonter pour inverser la tendance. En effet, dans un contexte où les conditions de travail des

enseignants (effectifs pléthoriques, manque de moyens matériels, salaire bas, dévalorisation du métier…) sont elles-mêmes démotivantes, il est possible que leur résistance soit forte à adhérer à toute sollicitation pouvant être jugée comme un travail supplémentaire.

2.6. Un intérêt plutôt faible des enseignants pour l'éducation à la sexualité

Les enseignants enquêtés font état d'un intérêt plutôt faible (moyenne = 5,24/10) pour l'éducation à la sexualité à l'école avec un peu plus de 5 enseignants sur dix (50,5%) qui déclarent avoir un intérêt inférieur à la moyenne. Bien que se situant dans le cadre de l'éducation à la santé, une enquête similaire menée en France auprès des enseignants du primaire abouti à un intérêt moyen de 7,3/10 pour l'éducation à la santé (Jourdan et al., 2002). Le manque d'intérêt est également relevé chez des enseignants-stagiaires (8,3% et 5,2%) en éducation à la santé et en prévention des conduites addictives dans une enquête menée par jourdan, Cardot et Berger (2008). Les trois enquêtes se situant dans le champ des *éducations à...,* elles peuvent tout à fait être rapprochées même si les enseignants n'interviennent pas au même niveau scolaire. Le niveau d'intérêt des enseignants varie d'une enquête à l'autre, mais demeure plus faible pour les enseignants du Cameroun. Il représente un obstacle réel pour l'adhésion des enseignants aux problématiques éducatives relatives à la sexualité. Dans le cas des enseignants du Cameroun, leur niveau d'intérêt faible pour l'éducation à la sexualité peut tout à fait traduire la méconnaissance qu'ils ont des attentes des élèves à ce propos, de la place privilégiée que les élèves leur accordent parmi les personnes légitimes à intervenir auprès d'eux et de l'efficacité de cette éducation à permettre aux élèves d'adopter des comportements sexuels favorables à leur santé. Un travail d'explicitation doit être fait auprès des enseignants sur ces points qui sont de nature à maintenir leur désintérêt.

2.7. Une absence de formation des enseignants traduit par un sentiment d'incompétence

Très peu d'enseignants (14,4%) enquêtés ont reçu une formation en éducation à la sexualité. Il est donc normal qu'ils se sentent peu concernés et incompétents. En effet avec un score moyen de 3,81/10 leur sentiment de compétence est bas, comparativement au sentiment de compétence moyen de 5,5/10 pour l'éducation à la santé affiché par les enseignants dans l'enquête de Jourdan et al. (2002). Dans le champ des *éducations à...*, le manque de formation est régulièrement avancé par les enseignants et confirmé par les recherches pour expliquer le fait qu'ils n'y interviennent pas (Berger & Jourdan, 2008 ; Jourdan, 2010 ; Jourdan et al.,

2002, Rochigneux, Berger, Courty & Jourdan, 2007 ; Marzin, 2001). Une priorité doit être donnée à la formation des enseignants notamment en organisant des formations continues à leur endroit, car si les enseignants ne sont pas formés et éprouvent un sentiment de compétence aussi faible en éducation à la sexualité, la conséquence sur leur mobilisation est évidente. Il nous paraît indéniable que sans la formation des enseignants, la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans les écoles au Cameroun aura du mal à être effective, d'autant plus que les enseignants enquêtés sont seulement 34,4% à envisager mener une telle action à l'école dans le futur (sur les 311 enseignants n'ayant jamais mené une intervention en éducation à la sexualité). L'absence de formation des enseignants pose aussi la question de leur méconnaissance des effets de l'éducation à la sexualité. En effet, le désengagement des enseignants et leur manque d'intérêt pour l'éducation à la sexualité traduit une méconnaissance que les enseignants ont de son efficacité. Pourtant une étude publiée par l'Unesco (2010) portant sur 87 programmes d'éducation à la sexualité à travers le monde, montre que, bien menés, ces programmes entraînent un recul de l'âge de la première relation sexuelle, une fréquence moindre des rapports sexuels, une baisse du nombre de partenaires sexuels, une utilisation accrue du préservatif, une utilisation accrue de la contraception et une prise de risques sexuels moindre. Bien que le niveau des effets de ces programmes sur les comportements sexuels énoncés ci-dessus soit plutôt moyen (entre 31% à 53%), il n'en demeure qu'ils sont suffisamment importants pour prévenir la santé des jeunes qu'on ne peut se permettre de les ignorer.

2.8. Une faible influence des facteurs socioculturels sur les conceptions et les pratiques des enseignants en éducation à la sexualité

Très peu de facteurs parmi les facteurs socioculturels retenus (sexe, âge, ville de résidence, groupe ethnique, religion, degré de pratique religieuse, ancienneté, matière enseigné) ont une influence significative sur les conceptions individuelles et les pratiques des enseignants en éducation à la sexualité. La matière enseignée est le facteur qui présente le plus d'effet sur les conceptions et la formation des enseignants en éducation à la sexualité. Les enseignants de SVT-ESF-EPS sont plus disposés que les enseignants des autres disciplines à se mobiliser pour l'éducation à la sexualité à l'école, de même que la matière enseignée participe relativement à la construction de leurs conceptions sur l'éducation à la sexualité. Contrairement aux élèves, les enseignants sont donc faiblement influencés par les facteurs socioculturels dans leur rapport à l'éducation à la sexualité. Ce qui au regard de la littérature

est bien une spécificité camerounaise. En effet ce résultat contredit un ensemble de recherches (Berger, Bernard, Wafo, Hrairi, Balcou-Debusshe & Carvalho, 2011 ; Khzami & Berger, 2008) qui a montré dans le champ de l'éducation à la santé et à la sexualité, que les facteurs socioculturels avait une influence sur les conceptions et les pratiques des enseignants. Ces recherches montrent notamment que le sexe, l'âge, la religion, le degré de croyance… ont une influence notamment sur le choix des thèmes à traiter, sur les conceptions.
Cette spécificité camerounaise est à notre avis un élément positif pour la formation des enseignants en éducation à la sexualité, dans la mesure où on peut parfaitement envisager qu'il y ait moins de résistances en formation chez ces enseignants et que leurs conceptions évoluent positivement, les obstacles en formation que constituent les facteurs socioculturels n'étant pas très marqués.

Conclusion

Au vue des discussions menées ci-dessus, deux tendances se révèlent :
- les conceptions des élèves sur l'éducation à la sexualité sont favorables au développent d'un projet d'éducation à la sexualité à l'école. Non seulement ils en expriment le besoin, mais ils sont aussi ouverts à l'implication des enseignants dans la construction de leur vie affective et sexuelle. Ils sont très convaincus de l'intérêt de cette éducation et ils sont persuadés qu'elle leur est nécessaire. L'expression de leurs besoins éducatifs montre formellement qu'au delà de la prévention des IST et VIH/sida ou des grossesses précoces et non désirée, les élèves ont d'autres aspirations liées à leur vie affective et sexuelles. Ces besoins éducatifs exprimés par les élèves sont très proches des thématiques discutés avec leurs parents sur la sexualité et ils sont modérément influencés par leurs conceptions individuelles de la sexualité. Ce sont des jeunes qui n'éprouvent finalement que le souhait profond d'être accompagnés et éclairés dans la construction de leur sexualité. Ce constat corrobore notre première hypothèse de recherche dans la mesure où les conceptions individuelles des élèves telles que nous les avons analysées constituent un levier fort pour l'éducation à la sexualité en milieu scolaire au Cameroun, et l'orientation de leurs besoins éducatifs en éducation à la sexualité est bien en rapport avec les sujets régulièrement discutés avec les parents sur la sexualité.

- Contrairement aux élèves, les enseignants affichent une certaine distance par rapport à l'éducation à la sexualité. Distance par rapport au rôle de l'école, distance par rapport au rôle de l'enseignant, distance par rapport à l'efficacité de l'éducation à la sexualité. Ils sont peu

nombreux à avoir déjà menés une action en éducation à la sexualité, et ils ne sont pas non plus nombreux à envisager de le faire dans le futur. Cette prise de distance des enseignants est largement favorisée par des conceptions individuelles et des pratiques professionnelles non favorables à l'éducation à la sexualité. Si leur faible adhésion au projet d'éducation à la sexualité à l'école peut être aussi expliquée par un manque de formation, ils n'ont pas cependant un fort engouement à se former. Bien que l'absence d'influence des facteurs socioculturels tant sur les conceptions que sur les pratiques professionnelles des enseignants laisse envisager que leur formation puisse faire évoluer leurs conception de l'éducation à la sexualité sans trop de résistance de leur part, il ne parait pas facile de les mobiliser à cette formation. Les conceptions et les pratiques professionnelles des enseignants apparaissent ainsi comme des obstacles majeurs à l'implémentation de l'éducation à la sexualité dans les écoles au Cameroun. Ce constat confirme notre seconde hypothèse de recherche, et montre une opposition conséquente entre les conceptions des élèves et les conceptions des enseignants sur l'éducation à la sexualité en milieu scolaire au Cameroun.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous avons souhaité consacrer cette recherche d'une part à l'étude des conceptions individuelles des élèves sur l'éducation à la sexualité et leurs besoins éducatifs exprimés et d'autre part, à l'étude des conceptions individuelles et des pratiques professionnelles des enseignants en éducation à la sexualité au Cameroun.

Il ressort de cette recherche que les conceptions individuelles des élèves sont plutôt favorables à l'éducation à la sexualité à l'école, et qu'ils considèrent formellement l'école et les enseignants comme des acteurs légitimes de cette éducation. Discutant peu de sexualité avec leurs parents, leurs principales sources d'information sont la télévision, l'école et internet. Les résultats de la recherche montrent en outre, que les élèves entretiennent des conceptions liées notamment au genre pouvant favoriser l'adoption des comportements sexuels à risque. Les élèves émettent des besoins éducatifs s'articulant dans des proportions inégales, autour des cinq dimensions de la sexualité. Ce qui suggère des actions éducatives transversales incluant les différentes dimensions de la sexualité, et pas seulement les éléments biomédicaux.

Contrairement aux élèves, les enseignants ont des conceptions plutôt négatives de l'éducation à la sexualité à l'école, renforcées par le peu de pratique qu'ils ont et le manque de formation dans le domaine. Près de la moitié des enseignants se dédouanent de cette mission, et remettent en cause son inclusion à l'école. La plupart affiche une méconnaissance tant des besoins et des attentes réelles des élèves en éducation à la sexualité que des effets de cette action éducative sur la santé des jeunes. Les enseignants affichent un intérêt moyen pour l'éducation à la sexualité et entretiennent un fort sentiment d'incompétence. Pourtant, ces enseignants sont majoritairement en accord avec le fait que l'éducation à la sexualité des jeunes est vraiment nécessaire.

Cette recherche permet ainsi d'établir une photographie des conceptions individuelles des élèves et des enseignants sur l'éducation à la sexualité au Cameroun, avec tout ce qui peut constituer sa particularité par rapport aux autres pays d'Afrique subsaharienne. Elle met en évidence des conceptions individuelles des élèves et des enseignants qui peuvent constituer des obstacles ou des leviers à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans les écoles. La revue de littérature que nous avons conduite montre qu'il est préjudiciable d'envisager une action éducative en sexualité qui ne prennent pas compte de ces différentes conceptions. Elle

interroge vivement une action en éducation à la sexualité basée sur des conceptions *"universelles"*, et invite à une intégration des réalités socioéconomiques et culturelles dans la définition et la construction des programmes et des actions éducatives dans les pays d'Afrique subsaharienne. Le cadre théorique que nous avons construit présente un ensemble de facteurs socioéconomiques, culturels et institutionnels qui influencent les comportements sexuels des jeunes dans les pays d'Afrique subsaharienne. Ces facteurs doivent être pris en compte dans les contenus des programmes d'éducation à la sexualité proposés dans ces pays. Car il serait illusoire de penser qu'une éducation à la sexualité basée par exemple sur des thématiques tirées des *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* que propose l'UNESCO (2010) puisse répondre efficacement aux attentes des jeunes, et surtout correspondre aux spécificités locales du comportement sexuel des jeunes et ses déterminants.

Cette étude permet également de combler le vide laissé par les enquêtes EDS, MIC, CACP ou CAP. En effet, ces enquêtes qui ont permis de suivre l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements des adultes face au virus du sida dans les pays d'Afrique subsaharienne, ne renseignent ni sur les conceptions individuelles des jeunes sur la sexualité et l'éducation à la sexualité, ni sur leur besoins éducatifs exprimés. De même, notre recherche permet de combler une absence de connaisses sur les conceptions et les pratiques professionnelles des enseignants en éducation à la sexualité au Cameroun. Notre recherche portant aussi bien sur les élèves que sur les enseignants est en effet inédite au Cameroun. Elle permet de disposer une base de connaissances de référence pour des travaux de recherches ultérieurs portant sur l'éducation à la sexualité au Cameroun et dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Enfin, notre cadre conceptuel nous a permis de présenter un ensemble d'éléments théoriques sur la promotion de la santé, l'éducation à la santé, l'éducation à la sexualité et sur la sexualité en Afrique subsaharienne. Ce cadre conceptuel nous a également permis de proposer des modèles théoriques pouvant être exploités dans la construction des programmes efficaces d'éducation à la sexualité.

L'objectif de notre recherche couvrant deux populations ayant des caractéristiques différentes, auquel s'ajoute le caractère non consensuel du champ de la sexualité, a nécessairement élargi notre cadre théorique de référence. Nous n'avons pas la prétention d'avoir traité dans notre travail, l'ensemble des éléments théoriques relatifs à notre domaine de recherche. Il nous a fallu faire des choix, souvent difficiles pour tenter une cohérence entre une vision

subsaharienne dont nous sommes porteur et celle promue dans l'ensemble des textes de l'Organisation Mondiale de la Santé et des quelques chercheurs occidentaux. Certains courants théoriques sur la sexualité et l'éducation à la sexualité ne se retrouvent pas dans notre cadre conceptuel. C'est délibérément que nous avons choisi dans ce champ complexe et polémique de n'évoquer aucun des cadres de pensée fondés sur l'application des principes religieux des missionnaires et pourtant souvent présentés comme des possibilités d'action éducative. Malgré cela, force est de constater qu'il n'y a pas de consensus autour des éléments théoriques de la sexualité. Malgré ces limites et le fait que notre propre sensibilité de chercheur ait pu affecter nos choix, nous avons mené notre recherche en essayant d'être le plus cohérent possible.

S'agissant de notre cadre méthodologique, avons souligné les limites de notre échantillon qui assure une représentativité relative des publics cibles (élèves et enseignants). Cette limite nous oblige à nuancer nos résultats de recherche et nous évite une généralisation qui pourrait être abusive à l'ensemble des publics cibles (élèves et enseignants) du Cameroun. De même, le traitement statistique de nos données repose essentiellement sur des analyses bivariées, même si nous avons fait usage dans le cadre de chaque enquête d'une analyse multivariée (ACP). Un recours à d'autres types d'analyse multivarié (analyses discriminantes, régressions logistiques…) aurait pu permettre d'aller plus loin dans l'exploitation de nos données, même si les résultats de nos analyses bivariées répondent aux objectifs de notre recherche.

En termes de perspectives, nous disposons d'un cadre théorique, d'un ensemble de résultats probants et de deux bases de données dont l'exploitation reste encore largement à faire, et qui devra nous permettre d'élaborer des modèles théoriques d'intervention et de concevoir des dispositifs de formation en éducation à la sexualité correspondants au contexte socioéconomique et culturel du Cameroun. Les analyses en composantes principales présentées dans ce travail constituent un point de départ à ce travail. Elles mettent en exergue les conceptions les plus importantes à prendre en compte tant chez les élèves que chez les enseignants, dans le cadre de la construction de ces modèles théoriques et dispositifs de formation en éducation à la sexualité. Cette recherche constitue ainsi un préalable à des recherches futures que nous mènerons dans l'objectif de proposer des éléments méthodologiques pour la prise en charge de la sexualité des jeunes au Cameroun à travers le développement de l'éducation à la sexualité à l'école.

Bibliographie

1. Abega, S.C. & Kouakam Magne, E. (2006). Le premier rapport sexuel chez les jeunes filles à Yaoundé. *Cahiers d'études africaines*, *181(1),* 75-93.
2. Abega, S.C. (2007). Les violences sexuelles et l'État au Cameroun. Paris : Karthala.
3. Abric, J.C. (2003). Pratiques sociales et représentations. Paris : PUF.
4. Agence de la Santé Publique du Canada. (2008). Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle. Ottawa : ASPC.
5. Allan, A. & Lester, C. (2006). Teenage sexual health needs: asking the consumers, *Health Education, 106(4),* 315-328
6. Amuyunzu-Nyamongo, M., Biddlecom, A.E., Ouedraogo, C. & Woog, V. (2005). Qualitative evidence on adolescents views of sexual and reproductive health in sub-saharan Africa. Occasional Report n°16. New-york: The Alan Guttmacher Institute.
7. Ankomah, A. & Ford, N. (1993). Pre-marital sexual behaviour and its implications for HIV prevention in Ghana. Exeter: Institute of Population Studies.
8. Antoine, Ph., Ouédraogo, D. & Piché, V. (1998). Trois générations de citadins au Sahel. Paris : L'Harmattan.
9. Banza Kalambayi, B. (2004). Enquête sur la sexualité et les comportements sexuels à risque auprès des jeunes de Kinshasa (R.D. Congo) : Méthodologie de collecte et limites de l'enquête. Communication présentée à la Chaire Quételet : *Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action*, Louvain-la-Neuve, les 17-20 novembre 2004.
10. Baric, L. (1983). Éducation pour la santé et prévention des maladies coronariennes. *Monographie européenne de recherche en éducation pour la santé, 1,* 33-133
11. Barthelemy, L., Cloart, L., Ferron, C., Goudet, B., Lapostolle Dangreaux, C., Le Grand, E, Perrot, M. (2000). Formations en éducation pour la santé : Repères pratiques, éthiques, méthodologiques et pédagogiques. Vanves : CFES.
12. Baruffol, E. (1999). Les parentalités non-traditionnelles et le devenir des enfants : le cas des couples homosexuels. In D. Bramanti (Dir.), Coniugalità e genitorialità: i legami familiari nella società complessa. Atti del primo Seminario Internazionale del Redif (pp. 175-183) (S.I.) : (s.n.)

13. Bataille, M., Mias, C. (2002). Représentations du groupe idéal. Sixième conférence internationale sur les représentations sociales, Stirling : (s.n).

14. Becker, C., Dozon, J.-P., Obbo, C. & Touré M. (Ed.). (1999). Vivre et penser le sida en Afrique : Experiencing and understanding AIDS in Africa. Paris : Codesria, Karthala & IRD

15. Béjin, A. (1982). Le pouvoir des sexologues et la démocratie sexuelle. *Communications, 35,* 178-192

16. Berger, D., Bernard, S., Tracana, R. & Simoes De CarVallo, G. (2010). Éducation à la santé et à la sexualité: représentations sociales, conceptions individuelles et pratiques d'enseignants de 15 pays. *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève, septembre 2010.*

17. Berger, D., Bernard, S., Wafo, F., Hrari S., Balcou-Debusshe & Simoes De Carvallo, G. (2011). Éducation à la santé et à la sexualité : qu'en pensent les enseignants? Étude comparative dans 15 pays. *Carrefours de l'éducation, 32,* 81-104.

18. Berger, D. & Jourdan, D. (2008). Éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM? Toulouse : Edition Universitaire du Sud.

19. Berger, D., Pizon, F., Bencherif, L. & Jourdan, D. (2009). Éducation à la santé, promotion de la santé dans les écoles élémentaires… Étude des pratiques enseignantes à partir des traces manifestes en classe en éducation à la santé. *Didaskalia, 34,* 35-67.

20. Bernard, S., Munoz, F., Carvalho, G., Clément, P. & Berger, D. (2007). L'Éducation à la Santé et à la Sexualité : conceptions d'enseignants et futurs enseignants de douze pays. *Congrès International Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation, Strasbourg 2007.*

21. Berne, L. & Huberman, B. (1999). European approaches to adolescent sexual behavior and responsibility. Washington: Advocates for Youth.

22. Bernoux, P. (1985). La sociologie des organisations. Paris : Éditions du seuil.

23. Berthier, N. (2008). Les techniques d'enquête en sciences sociales : Méthodes et exercices corrigés. Paris : Armand Colin.

24. Biaya, T.K. (1997). Les paradoxes de la masculinité africaine moderne. Une histoire de violences, d'immigration et de crises. *Canadian Folklore, 19 (1),* 89-112.

25. Biloa, E. (2004). La langue française au Cameroun: analyse linguistique et didactique. Peter Lang Éditions.

26. Blin, J-F. (1997). Représentations, pratiques et identités professionnelles. Paris : L'Harmattan.

27. Bozon, M. (1993). L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes. *Population, 5,* 1317-1352.

28. Brand, R. (1973). Sexualité et fécondité dans la vallée de l'ouémé. In Éducation sexuelle en Afrique Tropicale (pp.27-53). Ottowa : CERDI.

29. Brenot, P. (2007). L'éducation à la sexualité. Paris : PUF.

30. Broussouloux, S. & Houzelle-Marchal, N. (2006). Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet. Saint-Denis: Edition Inpes.

31. Bury, J.A. (1988). Éducation pour la santé : Concepts, enjeux, planifications. Bruxelles : De Boeck & Larcier s.a.

32. Byers, E.S., Sears, H.A., Voyer, S.D., Thurlow, J.L., Cohen, J.N. & Weaver., A.D. (2003a). An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: I. High school students. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 12,* 1-17.

33. Byers, E.S., Sears, H.A., Voyer, S.D., Thurlow, J.L., Cohen, J.N. & Weaver., A.D. (2003b). An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: II. Middle school students. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 12,* 19-33.

34. Caldwell, J. C., Orubuloye, I.O. & Caldwell, P. (1991). The destabilization of the traditional Yoruba sexual system. *Population and Development Review*, *17 (2),* 229-262.

35. Calves, A-E. (1999). Marginalization of African women in the marriage market: evidence from Cameroon. ***Population Studies,*** *53(3),* 291-301.

36. Caraël, M. (1995). Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique : forces et faiblesses. In J-P. Dozon & L. Vidal (Eds.), Les sciences sociales face au SIDA : cas africains autour de l'exemple ivoirien (pp. 25-38). Paris : ORSTOM.

37. Chamberland, C., Dallaire, N., Cameron, N., Fréchette, L., Hébert, J. & Lindsay, J. (1993). La prévention des problèmes sociaux : réalité québécoise. *Service social, 42(3)*, 55-81.

38. Changeux, J. P. (2002). L'Homme de vérité. Paris. Odile Jacob.

39. Chatton, D., Desjardins, J.Y., Desjardins, L. & Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies, 25(1)*, 3-19.

40. Chevallier-Schwartz, M. (1993). Première analyses de la littérature en sciences sociales consacrée au sida. In J-P. Dozon & L. Vidal (Eds), les sciences sociales face au sida : cas africain autour de l'exemple ivoirien (pp. 45-70). Abidjan : ORSTOM.

41. CHOQUET, M. & LEDOUX, S. (1998). Attentes et comportements des adolescents. Paris : Éditions INSERM.

42. Clément, P. (1994). Représentations, conceptions, connaissances » in A. Giordan & Y. Girault P. Clément (Dir.), Conceptions et connaissances. Berne : Peter Lang.

43. Communal, L., Guigné, C. & Rozier C. (2010), Éducation à la sexualité au collège et au lycée. Grenoble : SCEREN SCRD Académie de Grenoble.

44. Code des personnes et de la famille. (2008). Yaoundé : Presse Universitaires d'Afrique.

45. Cole, J. (2004). Fresh contact in Tamatave, Magadascar: sex, money and intergenerational transformation. *American Ethnologist, 31(4)*, 571-586.

46. Collectif d'Enseignants. (2009). Histoire 6ème, l'Afrique et le Monde. Paris : Hatier.

47. Collectif. (1953). Le Cameroun. Aspect géographique, historique, touristique, économique et administratif du territoire. Paris : Alépée & Cie.

48. Collectif. (2010). Carte Administrative du Cameroun. Vanves : Edicef.

49. Comité Nationale de Lutte contre le Sida. (2010). Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST 2011-2015. Yaoundé : CNLS.

50. Committe on Assuring the Health of the Public in the 21 st Century, Board on Health Promotion and Disease Prevention. (2003). The future of the public's Healt in the 21st century. Washington, DC: National Academies Press.

51. Courtois, R. (1998). Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. *Annales médico-psychologiques, 156(9)*, 613-620.

52. Courtois, R., Mullet, E. & Malvy, D. (2001). Approche de la sexualité au Congo dans le contexte du sida. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé, (11.1)*, 43-8.

53. Daremberg, C. (1865). La médecine : histoire et doctrines. Paris : Librairie Académique, Didier et Cie Libraires.

54. Davis, E.C. & Friel, L.V. (2001). Adolescent sexuality: Disentangling the effects of family structure and family context. *Journal of Marriage and the Family, 63*, 669-68.

55. Deaudelin, C., Lefebvre, S., Brodeur, M., Mercier, J., Dussault, M. & Richer, J. (2005). Évolution des pratiques et des conceptions de l'enseignement, de l'apprentissage et des TIC chez des enseignants du primaire en contexte de développement professionnel. *Revue des sciences de l'éducation, 31(1),* 79-110.

56. De Beauvoir, S. (1949). Le deuxième sexe : Vol. 1. Paris : Gallimard

57. Debel, A (1988). Le Cameroun d'aujourd'hui. Paris : Les éditions J.A.

58. Deschamps, J-P. (2003). Une « relecture » de la charte d'Ottawa. *Santé Publique, 15(3)*, 313-325.

59. Defebvre, M.M., Leuridan, Miquel, N.P.H., Vandaele, M.P. & Pavageau, M. (2005). Bilan préalable au Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé en Nord/Pas-de-Calais : constat et attentes. *Santé publique, 17(1),* 13-24.

60. Delors, J., Al Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremek, B. & Nanzhao, Z. (1996). L'Éducation : un trésor est caché dedans. Rapport à l'UNESCO de la Commission internationale sur l'éducation pour le vingt et unième siècle. Paris : UNESCO

61. Desgrées du Loü, A., Msellati, P., Viho, I. & Welffens-Ekra, C. (1999). Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : Une cause de la baisse de la fécondité ? *Population (54e Année), 3,* 427-446.

62. De Singly, F. (2008). L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Paris : Armand Colin.

63. Develay, M. (1992). De l'apprentissage à l'enseignement : pour une épistémologie scolaire. Paris : ESF.

64. Diakité, S. (1973). Pourquoi une éducation sexuelle? In Éducation sexuelle en Afrique Tropicale (pp.17-19). Ottawa : CERDI.

65. Diderot, D. (1875). Lettre sur les sourds et muets. In J. Assézat (Ed.), Œuvre complètes de Diderot : revues sur les éditions originales. Paris : Garnier Frères, Libraires-Éditeurs.

66. Diop, J.N. (1995). La fécondité des adolescentes au Sénégal. Dakar : UEPA.

67. Denis, M. (1993). Les représentations du monde comme tremplin pédagogique. *Sciences Humaines, 27,* 22-24.

68. Desaulniers, M-P. (2001). L'éducation sexuelle : Fondements théoriques pour l'intervention. Montréal : Éditions Nouvelles.

69. Dorlin, E. (2008). Sexe, genre et sexualités. Paris : PUF.

70. Downie, R. S., Tannahill, C., Tannahill, A. (1996). Health promotion: Models and Values (2e éd.). USA: Oxford University Press.

71. Duby, C. & Robin, S. (2006). Analyse en Composantes Principales. Paris : INAP

72. Duquet, F. (2009). Perceptions et pratiques de jeunes du secondaire face à l'hypersexualisation et à la sexualisation précoce. Rapport de recherche. Montréal : Université du Québec à Montréal.

73. Durkheime, E. (2002). Représentations individuelles et représentations collectives. Par J-M Tremblay (Dir.). Accès http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/Socio_et_philo/ch_1_representations/representations.pdf

74. Eymard, C. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. *Questions vives. 2(5)*, 13-34.

75. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (2001). Le mariage précoce. Digest Innocenti (n°7). Florence : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF.

76. Fonds des Nations unies pour l'enfance. (2004). Les filles, le VIH/Sida et l'éducation. New York : UNICEF.

77. Fortin, J., (2004). Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé, in Jourdan, D. (Dir.), La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire (pp. 51-65). Toulouse : Édition Universitaire du Sud.

78. Fouquet, T. (2007). De la prostitution clandestine aux désirs de l'ailleurs: une ethnographie de l'extraversion à Dakar. *Politique africaine, 107*, 102-123.

79. Fozing, I. (2009). Gratuité de l'enseignement fondamental au Cameroun : réalité, implication budgétaire et impact sur le développement de l'éducation. *La Recherche en Éducation, 2,* 3-20.

80. Francoeur, R.T. & Noonan R.J. (1997). The international encyclopedia of sexuality. New York: The Continuum Publishing Company.

81. Frappier, J-Y., Kaufman, M., Baltzer, F., Elliott, A., Lane, M., Pinzon, J. & McDuff, P. (2008). Sex and sexual health: A survey of Canadian youth and mothers. *Pediatric and Child Health*, 13, 25-30

82. Germain, B. & Langis, P. (2009). La sexualité: regards actuels. Paris: Maloine.

83. Gilmore, D.G. & Campbell, D.M. (2005). Needs and capacity assessment strategies for Health, Education and Health Promotion. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

84. Giordan, A. & De Vecchi, G. (1987). Les origines du savoir. (S.I) : Neuchâtel-Paris, Delachaux & Niestlé.

85. Giordan, A., & De Vecchi G. (1988). Les origines du savoir : Des conceptions des apprenants aux concepts scientifiques. *Revue française de pédagogie, 84(1)*, 95 – 97.

86. Gaonac'h, D. & Golder, C. (1995). Psychologie et enseignement. In Gaonac'h, D. & Golder (Dir.), Profession Enseignant : Manuel de Psychologie pour l'enseignement (pp. 12-23). Paris: Hachette Education.

87. Gordon, P. (2008). Review of sex, relationships and HIV education in schools. Paris: UNESCO.

88. Gorgen, R., Maier, B. & Diesfeld, H.J. (1993). Problem related to schoolgirl pregnancies in Burkina Faso. *Studies in Family Planning 24(5)*, 283-294.

89. Government Offices of Sweden (2010). Evaluation of the ban on purchase of sexual services. Accès http://www.sweden.gov.se/sb/d/13420/a/151488

90. Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1991). Health promotion today and a framework for planning. In Health Promotion Planning: An Education and Environmental Approach (2e éd.). Mountain View: Mayfield Publishing Co.

91. Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1999). Health promotion planning: and educational and ecological approach. Mountain view : CA: Mayfield Publishing.

92. Grize, J.B. (1987). Salariés face aux nouvelles technologies : vers une approche sociologique des représentations sociales. Paris: Ed. CNRS.

93. Gueye, M., Castle, S. & Kani Konaté, M. (2001). Moment des premiers rapports sexuels des adolescents du Mali et implications pour la pratique contraceptive. *Perspectives Internationales sur le Planning Familial (Numéro Spécial)*. 2-9.

94. Guillaume, A. (2002). L'avortement en Afrique : une pratique fréquente chez les adolescents ? In Enfant d'aujourd'hui, diversité des contextes, pluralité des parcours. Colloque internationale de Dakar (733-746). (S.I.) : AIDELF.

95. Guillaume, A. (2009). L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences, in Gourbin, C, (Dir), Santé de la reproduction au nord et au sud : de la connaissance à l'action. Acte de coll. de la chaire Quetelet (357-382). Belgique : Presse universitaire de Louvain.

96. Guinchard, S. (1978). Le mariage coutumier en droit sénégalais. *Revue internationale de droit comparé, 30,3,* 811-832.

97. Hedgepeth, E., Helmich, J. (1996). Teaching about Sexuality and HIV: Principles and Methods for Effective Education. New York: New York University Press.

98. Iman M.A., Sow F. & Mama A. (1995). Engendering African Social Science: An introductory essay, Bulletin du Codesria, 1-30.

99. Institut Nationale de Statistique du Cameroun (2002). ECAM II – Pauvreté et santé au Cameroun. Yaoundé : INS.

100. Institut Nationale de Statistique du Cameroun (2005). Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2004. Yaoundé : INS.

101. Institut Nationale de Statistique du Cameroun (2006). Enquête par grappes à indicateurs multiples 2006 (MISC3). Rapport principal. Yaoundé : INS.

102. Institut Nationale de Statistique du Cameroun (2009).Troisième édition du Tableau de Bord Social (TBS 3) sur la situation des enfants et des femmes au Cameroun : Rapport final TBS 3. Yaoundé : INS.

103. Institut Nationale de Statistique du Cameroun (2010). Annuaire statistique du Cameroun 2010. Yaoundé : INS.

104. Institut Nationale de Statistique du Cameroun (2010a). 2e Enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé (PETS 2) au Cameroun. Rapport principal, volet santé. Yaoundé : Yaoundé : INS.

105. Institut Nationale de Statistique du Cameroun (2010b). 2e Enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé (PETS 2) au Cameroun. Rapport principal, volet éducation. Yaoundé : INS.

106. Institut Nationale de Statistique du Cameroun (2010c). La population du Cameroun en 2010 : 3ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat. Yaoundé : INS.

107. Institut Nationale de Statistique du Cameroun (2011a). Rapport préliminaire : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples EDS-MICS 2011. Yaoundé : INS.

108. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (2001). Éducation pour la santé des jeunes : Démarches et méthodes. Paris : INSERM.

109. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (2003). Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Paris : Les éditions INSERM.

110. Irvin A. (2000). La mesure de notre courage : éduquer les adolescents du Nigéria et du Cameroun sur la sexualité et le genre. (S.I.): International Women's Health Coalition.

111. IUFM Éducation Santé Prévention (2006). *Lettre d'information 2*, 3.

112. Jedlicka, D. & Robinson, I.E. (1987). Fear of veneral disease and other perceived restraints on the occurrence of premarital coitus. *Journal of Sex Research, 23,* 391-396

113. Jodelet, D. (1989). Les représentations sociales : un domaine en expansion, in Jodelet, D. (Ed.), **Les Représentations sociales**, (pp. 31-61). Paris: Presses Universitaires de France.

114. Jodelet, D. (1993). Les représentations sociales, regard sur la connaissance ordinaire. *Sciences Humaines, 27,* 22.

115. Jodelet, D. (1990). Représentation sociale : phénomènes, concepts et théories. Dans S. Moscovici (Dir.). Psychologie sociale (2ème éd). Paris : PUF.

116. Jodelet, D. (Dir) (2007). Les représentations sociales. Paris, PUF.

117. Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C. & Glanddier, P. (2002). Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique, 14,* 403-423

118. Jourdan, D., (2004). Quels enjeux pour la formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire ? In D. Jourdan (Dir.), La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire (33-50). Toulouse : Édition Universitaire du Sud.

119. Jourdan, D. (2010). Éducation à la santé : quelle formation pour les enseignants ? Saint-Denis: INPES.

120. Kaptue, L. (1998). Les adolescents et le VIH/Sida. In B. Kuate-Defo (Dir), Sexualité et Santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun (287-295). Québec : Ediconseil INC.

121. Kayembe, K. (2001). Étude des connaissances, attitudes et pratiques en matière d'infections sexuellement transmises (ISTs), des clients des bars/terrasses et dancings à Matonge. Rapport d'enquête. École de Santé Publique, Université de Kinshasa.

122. Kirby, D., Harvey, P. & Claussenius, D. (1989). Novar M. A direct mailing to teenage males about condom use: its impact on knowledge, attitudes and sexual behavior. *Family Planning Perspectives*.

123. Kirby, D. (1992). School-based programs to reduce sexual risk-taking behaviors. *Journal of School Health.*

124. Kirby, D. (1995). A review of educational programs designed to reduce sexual risktaking behaviors among school-aged youth in the United States. Santa Cruz (CA): ETR Associates.

125. Kirby, D. (2002): The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research, 39,1*, 27-33

126. Kirby, D., Laris, B.A. & Rolleri, L. (2005). Impact of sex and hiv education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries. Research Triangle Park, SI: Family Health International (USA).

127. Kirby, D., Laris, B.A. & Rolleri, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health, 40*, 206-217.

128. Khzami Salah-Eddine & Berger, D. (2008). Description et déterminants des conceptions des enseignants de 4 pays méditerranéens sur l'éducation à la sexualité. *Santé Publique, 6,* 527-545.

129. Klaue, K. (2004). Populations particulières pour la prévention du VIH/SIDA. Jeunes : revue de littérature. Lausanne : Hospices/CHUV-DUMSC.

130. Kobelimbi, F. (2005). Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA). *Étude de la population africaine, 20(2)*, 65-99.

131. Kuate-Defo, B. (1998). Tendances et déterminants des variations régionales de l'activité sexuelle prémaritale à l'adolescence. In B. Kuate-Defo (dir), Sexualité et Santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun (133-150). Québec : Ediconseil Inc.

132. Kuate-Defo, B. (2000), L'évolution de la nuptialité des adolescentes au Cameroun et ses déterminants, In: Population, 55e année, n°6, pp. 941-973

133. Kulczycki, A., Pokharel, S. & Shakya, S. (2006). School-Based Sex Education in Western Nepal: Uncomfortable for Both Teachers and Students. *Reproductive HEALTH matters, 14(28),* 156-161.

134. Lagrange, H. & Lhomond, B. (1997). L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Recherches. Paris : La découverte.

135. Lalou, R. & Piché, V. (1994). Migration et sida en Afrique de l'ouest. Un état des Connaissances. Paris : Les dossiers du CEPED (n° 28).

136. Lange, J-M. & Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ? *Didaskalia, 28, 85-100.*

137. Le petit Larousse Compact (1996). Paris : Larousse.

138. Latora V., Nyamba A., Simpore J., Sylvette B., Diane S., Sylvère, B., Musumeci, S. (2006). Network of sexual contacts and sexually transmitted HIV infection in Burkina Faso. *Journal of Medical Virology 78(6)*, 724-729.

139. Latte Abdallah, S. (2005). Subvertir le consentement : Itinéraires des femmes des camps de réfugiés palestiniens en Jordanie (1948-2001). *Annales. Histoire, Sciences Sociales (60e année), 1,* 53-89.

140. Laupies, V. (2000). Les Quatre dimensions de l'inceste : compréhension factuelle, psychique, systématique et éthique : approche intégrative de la thérapie chez l'adulte. Paris : Edition L'Harmattan.

141. Lebeaume, J. (2000). L'éducation technologique : histoire et méthodes. Paris : ESF Lebeaume, J. (2010). Les éducations à… In D. Berger (Dir), Éducation à la santé : Enjeux et dispositif à l'école (pp. 181-200). Toulouse : EUS.

142. Leke, R.J. (1998). Les adolescents et l'avortement. In Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique (pp.297-306). Montréal : Ediconseil inc.

143. Leslbaum, N. & De Peretti, C. (1994). La prévention à l'école. Guide ressource des actions d'éducation à la santé liées à la prévention du sida menées dans les lycées et les collèges. Paris : INRP.

144. Lévesque, L., Richard, L., Duplantie, J., Gauvin, L., Cargo, M., Renaud, L. & Potvin, L. (2000). Un outil pour l'analyse de l'intervention en promotion de la santé : une application au programme de la Carélie du Nord. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé, 7(1)*, 114-129

145. Lévy, J.J., Otis, J., Samson, J-M, Fugère, A. & Pilote, F. (1996). Déterminants socioculturels et psychosociaux de l'implication dans la vie sexuelle parmi les jeunes adultes francophones du Québec. *Service social, 45(1)*, 7-29

146. Lieury, A. & Fenouillet, F. (2010). Motivation et découragement. In A. Lieury (Dir.), Motivation et Psychologie pour l'enseignant (pp. 157-176). Paris : Dunod.

147. Locoh, T. (1984). Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest : le Togo méridional contemporain. *Institut National de Démographie, Travaux et documents, Cahier, 107*. Paris : PUF.

148. Maingari, D. (2005). Formation et professionnalisation des enseignants au Cameroun. Paris: Éditions L'Harmattan.

149. Mah, T.L. & Halperin, D.T. (2009). The Evidence for the Role of Concurrent Partnerships in Africa's HIV Epidemics: A Response to Lurie and Rosenthal. AIDS Behav.

150. Martinand, J.L. (2006). Didactique et didactiques. In J. Beillerot & N. Mosconi (Dir.), Traité des sciences et pratiques de l'éducation (p.353-367). Paris : Dunod.

151. Mbassa Menick, D., Ngoh F. (2000). Les abus sexuels au Cameroun: Une étude sociodémographique à Yaoundé. In T. Agossou (Dir.), Regars d'Afrique sur la maltraitance (pp.181-198). (S.I.) : Karthala Éditions.

152. Mbassa Menick, D. (2000). Judiciarisations des offenses à caractère sexuel sur mineurs au Cameroun. *Médecine Tropicale, 60(2),* 193-196.

153. Mbassa Menick, D. (2002). Les abus sexuels en milieu scolaire au Cameroun : résultats d'une recherche-action à Yaoundé. *Médecine Tropicale, 60(1),* 58-62.

154. McKay, A. & Holowaty, P. (1997). Sexual health education: A study of adolescents' opinions, self-perceived needs, and current and preferred sources of information. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 6,* 29-38.

155. McQueen, D.V. & Anderson, L.M. (2000). Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé, 7(1),* 79-98.

156. Meekers, D. (1992). Sexual initiation and premarital childbearing in sub-saharan Africa. *Population Studies, 48,* 47-64.

157. Meekers, D. & Calvès, A.E. (1997). "Main" girlfriends, girlfriends, marriage and money: the social context of HIV risk behaviour in sub-Saharan Africa, *Health Transition Review (Supplement Volume 7),* 361-375.

158. Meekers, D., Calvès, A.E. (1999). Gender differentials in adolescent sexuel activity and reproductive health risks in Cameroun. *African Journal of Reproductive Health, 3(2),* 51-67.

159. Meekers, D., Klein, M. (2002). Determinants of condom use among young people in urban Cameroon. *Studies in Family Planning, 33(4),* 335-346.

160. Meirieu, P. (2002). Transmettre, oui... mais comment ? *Sciences humaines, dossier « Qu'est-ce que transmettre?, 36,* 40-45.

161. Meirieu, P. (1989). Apprendre…oui mais comment ? Paris : ESF.

162. Melingui, A. (2009). La nouvelle Géographie. Vanves : Hachette International.

163. Ministère de la Santé du Cameroun. (2006). Plan stratégique pour la promotion et le développement des mutuelles de santé au Cameroun 2005-2015. Yaoundé : MINSANTE

164. Ministère de la Santé du Cameroun. (2009), Stratégie Sectorielle de Santé 2001 – 2015

165. Ministère de la Santé du Cameroun. (2010), Cadre de dépenses à Moyen Terme Santé 2011- 2013. Yaoundé : MINSANTE

166. Ministère de l'Éducation Nationale. (1998). Circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998, « orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège », BOEN, n° 45 du 3 décembre 1998.

167. Ministère de l'éducation nationale. (2003). L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Circulaire n°2003-027 du 17-2-2003.

168. Ministère de l'Éducation Nation du Cameroun. (2003). Rapport d'état du système éducatif national camerounais : Éléments de diagnostic pour la politique éducative dans le contexte de l'EPT et du DSRP. Yaoundé : MINEDUC & FMI

169. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2005). Guide de soutien à la réflexion sur la sexualité en milieu scolaire adulte. Québec : Gouvernement du Québec.

170. Ministère de l'Éducation Nationale (2008), l'éducation à la sexualité, Guide d'intervention pour les collèges et les lycées. (S.I.) : Eduscol.

171. Ministère de l'éducation National. (2011). Enseignements primaire et secondaire : Politique éducative de santé dans les territoires académiques.

172. Moscovici, S. (1961). La psychanalyse, son image et son public. Paris: PUF.

173. Moscovici Serge. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales, in Jodelet D. (Dir), Les représentations sociales, Paris : PUF.

174. Mott, F.L., Fondell, M.M., Hu, P.N., Kowaleski-Jones, L. & Menaghan, E.G. (1996). The determinants of first sex by age 14 in a high-risk adolescent population. *Family Planning Perspectives, 28(1),* 13–18.

175. Nay, O. (2005). Sida et développement: l'Afrique dans l'impasse? *Questions Internationales, 14,* 95-104.

176. Newcomer, S. & Udry, J. R. (1987). Parental marital status effects on adolescent sexual behavior. *Journal of Marriage and the Family, 49(2),* 235-24.

177. Neyrand, G. (2002). La prévention précoce, une démarche paradoxale. Dialogue, 157(3), 3-13.

178. Ngando, B.A. (2010). Rio dos Camaroes. Paris: Éditions L'Harmattan.

179. Njikam, Savage O.M. (1998). Perceptions et croyances des adolescents sur la sexualité. In B. Kuate-Defo (Dir), Sexualité et Santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun (pp. 81-120). Québec : Ediconseil Inc.

180. Nkoum, B. A. (2010). De l'évaluation scolaire à l'évaluation des pratiques professionnelles en santé. Paris : L'Harmattan.

181. Nouveau Code de lois pénales (2e Ed). (2006). Yaoundé : Presses Universitaires d'Afrique.

182. Nyanzi, S., Piscine, R. & Kinsman, J. (2001). The negotiation of sexual relationships among school pupils in south-western Uganda. *AIDS CARE 13(1),* 83-98.

183. Observatoire de Ressources Humaines pour la Santé de l'Afrique. (2009). Profil en ressources humaines pour la santé du Cameroun. AHWO

184. Omokaro, F.G. (2009). Féminité et masculinité bamakoises en temps de globalisation. In La fabrique des identités sexuelles, *Revu des sciences sociales du Sud (*pp.189-204). Paris : IRD.

185. Organisation Mondiale de la Santé. (1969). Planification et évaluation des services d'éducation sanitaire : Rapport d'un comité d'expert de l'OMS. Genève : OMS

186. Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Charte de l'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : OMS.

187. Organisation mondiale de la Santé. (1999). Glossaire de la promotion de la santé. Genève : OMS.

188. Organisation Mondiale de la Santé. (1993). L'Organisation mondiale de la Santé encourage l'éducation sexuelle à l'école pour prévenir le SIDA. Communiqué de presse du 26 novembre 1993. Genève : OMS.

189. Organisation Mondiale de la Santé. (2005). La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement. Genève : OMS.

190. Organisation mondiale de la Santé. (2010) Sexual health working definitions. Accès http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html

191. Organisation mondiale de la Santé. (2009). Observatoire de Ressources Humaines pour la Santé de l'Afrique : Guide de rédaction du profil en ressources humaines pour la santé du pays. Genève : OMS.

192. Organisation mondiale de la Santé. (2010). Statistiques sanitaires mondiales 2010. Genève : OMS.

193. O'Neill, M. & Cardinal, L., (1998). Les ambiguïtés québécoises dans le domaine de la promotion de la santé. *Recherches sociographiques, 39(1)*, 9-37.

194. ONUSIDA. (1997). Influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : un bilan actualisé. Genève : ONUSIDA.

195. ONUSIDA. (2008). Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. Genève : ONUSIDA.

196. ONUSIDA (2010). Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de Sida 2010. Genève : ONUSIDA.

197. ONUSIDA. (2011). Journée mondiale sida 2011 : rapport Onusida. Genève : ONUSIDA.

198. Ordioni, N. (2005). Pauvreté et inégalités de droits en Afrique : une perspective " genrée". *Monde en développement, 129,* 93-126.Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (2010). Données mondiales de l'éducation, 7e édition 2010/2011. Volet Cameroun. Paris : Unesco.

199. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (2010). Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. Le bien-fondé de l'éducation sexuelle (Vol. 1). Paris : Unesco.

200. Ouellet, A. (1978). Analyse du concept attitude : du concept théorique au concept opératoire. *Revue des sciences de l'éducation, 4(3)*, 365-374.

201. Pelège, P. & Picod, C. (2010). Éduquer à la sexualité (2e éd.). Lyon : Chroniques sociales.

202. Petit, V. & Tchetgnia. (2009). Les enjeux de la sexualité transactionnelle pré-maritale en milieu urbain Camerounais. *Autrepart, 49,* 205-222. Paris : IRD.

203. Pettifor, A., O'Brien, K.., MacPhail, C., C.Miller, W. & Rees, H. (2010). Précocité des premiers rapports sexuels et facteurs de risque de contraction du VIH associés chez les jeunes femmes et hommes d'Afrique du Sud. *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique (numéro spéciale), 29-37.*

204. Pin, S., Fournier, C., Lamboy, B. & Guilbert, P. (2007). Les études d'évaluation à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Saint-Denis : INPES.

205. Pineault, R. & Daveluy, C., (1995). La planification de la santé : concepts, Méthodes, Stratégies. Québec : Éditions Nouvelles.

206. Pizon, F. & Jourdan, D. (2009). Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Revue Spirale, 43,* 171-189.

207. Potvin, P. & Rousseau, R. (1993). Attitudes des enseignants envers les élèves en difficulté scolaire. *Revue Canadienne de l'Éducation, 18(2),* 132-149.

208. Poulin, M. (2007). Sex money and premarital partnerships in southern Malawi. *Social science and Medicine, 65*, 2383-2393.

209. Prual, A. (1999). Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest : Vers une maternité à moindre risque ? *Santé publique, 11(2),* 167-185.

210. Puepi, B. & Njomgang, H. (2003). Le Cameroun: arts, histoire et traditions. Paris : Éditions L'Harmattan.

211. Regnerus, M. D. & Luchies, L. B. (2006). The parent-child relationship and opportunities for adolescents' first sex. *Journal of Family Issues, 27(2)*, 159-183.

212. Rochigneux, J-C., Berger, D., Courty, P. & Jourdan, D. (2007). Éducation à la sexualité en SEGPA : analyse des représentations et des pratiques des équipes pédagogiques. *Carrefours de l'éducation, 2(24)*, 73-87.

213. Rochigneux, J.C. & Berger, D. (2010). Éducation à la sexualité et SEGPA : représentations et pratiques des équipes pédagogiques. In Loizon, D., Dedieu, L., Stallaerts-Simonot, M., Berger D. (Dir.), Éducation à la santé : enjeux et dispositifs à l'école (pp. 449-470). Toulouse : Éditions du sud.

214. Rwenge Mburano. (1999). Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun). Rapport d'étude n° 40. Yaoundé : IFORD.

215. Rwenge Mburano. (1999). Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse. In Becker, C., Dozon, J.P., Obbo, C. & Touré, M. (eds), Vivre et penser le sida en Afrique: Experiencing and understanding AIDS in Africa (pp. 217-236). Paris : Codesria, Karthala & IRD.

216. Rwenge Mburano. (2000). Comportements sexuels à risques parmi les jeunes de Bamenda, au Cameroun. *Perspectives Internationales sur le Planning Familial (Numéro Spécial), 3-18 & 35*.

217. Rwenge Mburano, J-R. (2002) : Culture, genre, comportements sexuels et MST/SIDA au Cameroun : province de l'Ouest et du Centre. Yaoundé : IFORD.

218. Rwenge Mburano, J. R. (2003). Statut de la Femme et Utilisation des Condoms au Cameroun. *African Journal of Reproductive Health, 7(2)*, 74-88.

219. Rwenge Mburano, J-R. (2004). Les différences ethniques des comportements sexuels au Cameroun : l'exemple des Bamiléké et Béti. *African Population Studies, 19(2),* 159-190

220. Rwenge Mburano, J. R. (2006). Genre et sexualité des jeunes à Bafoussam et Mbalmayo, Cameroun. *African Population Studies/Etude de la Population Africaine, 21(2)*, 125-155.

221. Sacadura, M., Marzin, P. & Charbonnier, F. (2005). La prévention du sida en milieu scolaire : pratiques d'enseignants de biologie en France et au Congo. *Santé publique, 17(2),* 1-16.

222. Sallah, E.D., Grunitzky-Bekele, M., Bassabi, K., Dodzro, K., Sadzo, A., Balogou, A. K., Grunitzky, E. K. & Gaudreau, L. (1999). Comportements sexuels, connaissances et attitudes des étudiants de l'Université du Bénin (Togo) face au sida et aux maladies sexuellement transmissibles. *Cahiers Santé, 9,* 101-109. Montrouge : Editions John Libbe.

223. Samson, F. (2009). Tabous et interdits, gangrènes de notre société. Paris : Edition L'Harmattan

224. Savane, M-A. (1974). Problème de fécondité et de l'éducation sexuelle au Sénégal. Unesco, Bureau régional de l'Unesco en Afrique.

225. Sidze, E.M. (2008). Constances et inconstances des liens entre processus familiaux et comportement sexuel des jeunes au Cameroun : une comparaison entre quatre générations de jeunes. Dans Démographie et Cultures (pp. 655-670), Actes du colloque de Québec, 2008.

226. Songué, P. (1986). Prostitution en Afrique : l'exemple de Yaoundé. Paris : L'Harmattan.

227. Songué, P.B. (1998). Influence du milieu social sur la sexualité des adolescents. In Kuate- Defo B. (Dir.), Sexualité et Santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun (pp. 177-1991). Québec : Edinconseil Inc.

228. Sournia, J.C. (1991). Dictionnaire français de santé publique. Paris : Éditions de santé.

229. Tannahill, A. (1985). Wath is health promotion? *Health Education Journal, 44(4)*, 167-168.

230. Tchak, S. (2002). La sexualité féminine en Afrique. Paris : L'Harmattan.

231. Tchameni Ngamo, S. (2008). La formation continue des enseignants du primaire au Cameroun : une expérience des cadres chargés de la supervision pédagogique dans les écoles. In Karsenti T, Garry, R-P. & Benziane, A. (Dir), Former les enseignants du XXIème siècle dans toute la francophonie (pp. 349-358). Clermont-Ferrand : Presse Universitaire Blaise pascal.

232. Tebeu, P.M., Tantchou, J., Obama Abena, M.T., Mevoula Onala, D. & Leke, R.J.I. (2006). Accouchement des adolescents à l'extrême-Nord du Cameroun : des proportions inadmissibles. *Revue de Médecine Liège, 61(2)*, 124 – 127.

233. Thiriat, M.P. (1999). Les unions libres en Afrique subsaharienne. *Cahiers québécois de démographie, 28(1-2),* 81-115.

234. Thornton, A. & Cambrun, D.(1987). The influence of the family on premarital sexual attitudes and behavior. *Demography, 24(3)*, 323-340.

235. Tjepkema, M. (2008). Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada. *Rapports sur la santé, 19(1), 57-70*. (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

236. Touko, A., Kemmegne, J., Nissack, F., Schimdt-ehry, B. & Kamta, C. (2001). Planning familial chez les adolescentes mères d'enfants dans un centre urbain du Cameroun. *African Journal of reproductive health, 5(2),* 105-115.

237. Toupin, L. (1998). La compétence comme matière, énergie et sens. *Éducation permanente, 135,* 33-44.

238. Vandoorne, C. (1998). Évaluation formative des matériaux d'éducation pour la santé des adultes. Barcelone: Socrates Adult Programme Education.

239. Vandoorne, C. (2007). Comment évaluer une action d'éducation pour la santé ? *La Santé de l'homme, 390*, 17-21.

240. Varga, C. (2003). How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescent. *Studies in family planning, 34(3)*, 160-172.

241. Victor, P. & Cardot, J.P. (2008). Conception et mise en œuvre des formations de formateurs in Berger, D. & Jourdan, D. (Dir.), Éducation à la santé et prévention des conduites addictives : quelles formation en IUFM (pp. 87-125). Toulouse : Éditions Universitaire du Sud.

242. Wechsler, D. (1949). La relation entre les aptitudes et l'intelligence. *L'année psychologique, 51,* 27-34.

243. WHO (1993). Life skills education for children and adolescents in schools. Genève : WHO.

244. Wood, K., Maforah, F. & Jewkes, R. (1998). « He forced me to love him": Putting violence on adolescent sexual health agendas. Social Science and medicine 47 (2): 233-242

245. Yakam, T.J.C. (2007). Santé reproductive des jeunes : une revue critique de la littérature.Paris : UE-Passage.

246. Young, E.W, Jensen, L.C., Olsen, J.A., & Cundick, B.P. (1991). The effects of familystructure on the sexual behavior of adolescents. *Adolescence, 26(104)*, 977-98.

247. Yurén, T. (2000). Quelle éthique en formation. Paris : L'Harmattan

SITOGRAPHIE

[1] Majorité sexuelle en Afrique (2011) Accès http://fr.wikipedia.org/wiki/Majorit%C3%A9_sexuelle_en_Afrique

[2] Government Offices of Sweden (2010). Evaluation of the ban on purchase of sexual services. Accès http://www.sweden.gov.se/sb/d/13420/a/151488

[3] La question Bamiléké pendant l'ouverture démocratique au Cameroun : retour d'un débat occulté (2002). Accès http://www.unesco.org/most/dpzognong.htm

[4] Cameroun, Statistique (2012). Accès http://www.unicef.org/french/infobycountry/cameroon_statistics.html

[5] Taux de scolarisation par âge (2012). Accès http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&id=146

[6] Conditions d'Admission à l'ENS (2012). Accès http://www.ens.cm/spip.php?rubrique7

[7] Organisation Institutionnelle du Cameroun (2012). Accès http://www.prc.cm/index_fr.php?link=institutions_organisation_institutionnelle_du_cameroun

[8] Rapport sur les indicateurs de performance du secteur des transports au Cameroun réalisé par : M. NGOUMBE Zacharie (2004). Accès http://www.worldbank.org/transport/transportresults/regions/africa/cameroon-output.pdf

[9] http://www.mintour.gov.cm/index.php/fre/Accueil/Statistiques

[10] Le Cameroun, Informations générales (2012). Accès http://www.prc.cm/index_fr.php?link=b

[11] WHO (2009), Stratégie de Coopération, un aperçu (2012). Accès http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_cmr_09_fr.pdf

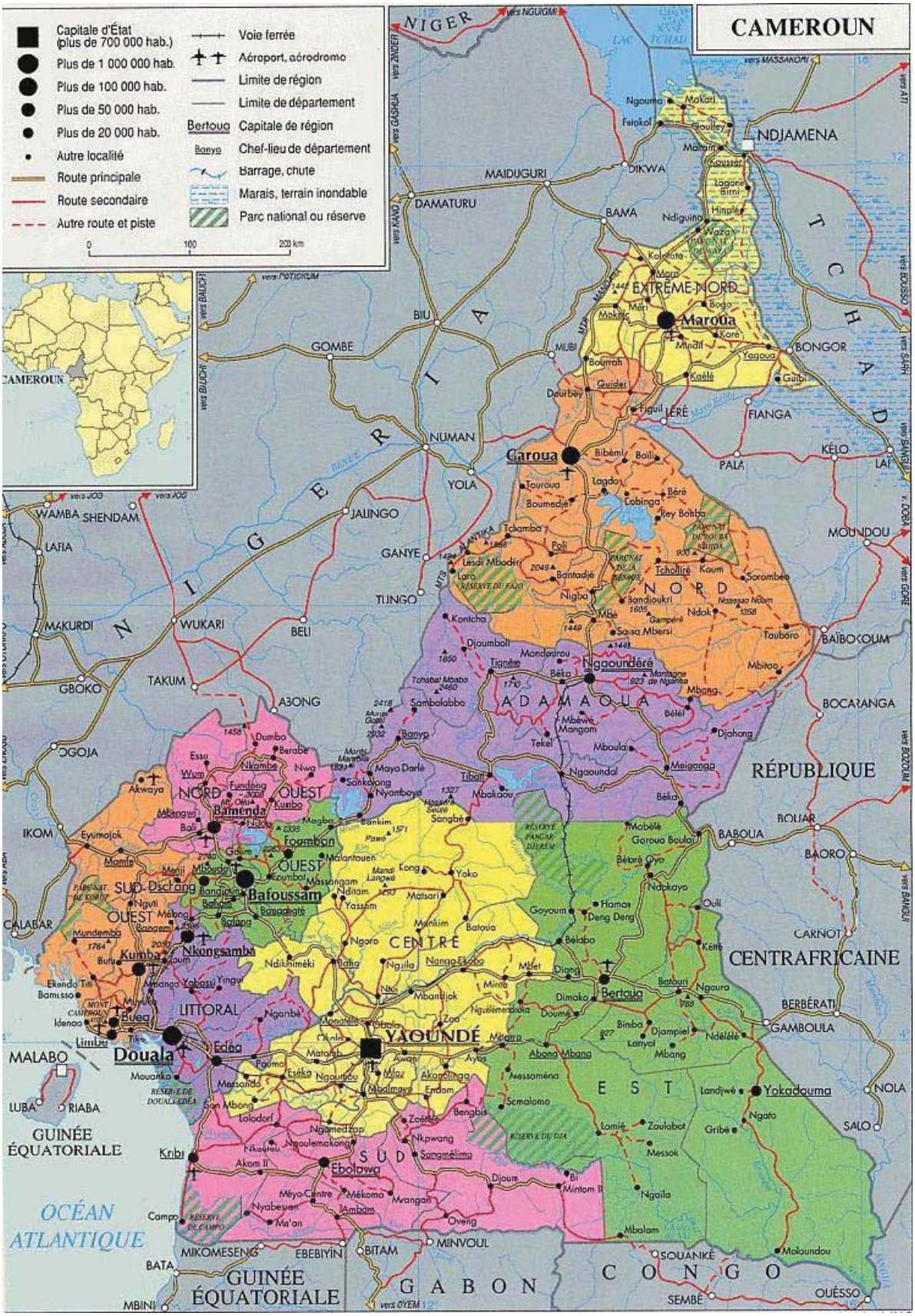
[12] Texte de lois du Cameroun (2010). Accès http://loisducameroun.wordpress.com/2010/08/14/loi-n%C2%B0-004022-du-22-juillet-2004-fixant-les-regles-relatives-a-lorganisation-et-au-fonctionnement-de-lenseignement-prive-au-cameroun/

[13] Nombre moyen d'élèves par classe en 2010-2011 (2012). Accès http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF07147

[15] Taux de scolarisation par âge (2012). Accès http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&id=146

[14] Cameroun Statistique (2012). Accès http://www.unicef.org/french/infobycountry/cameroon_statistics.html

ANNEXE 1 : CARTE DU CAMEROUN



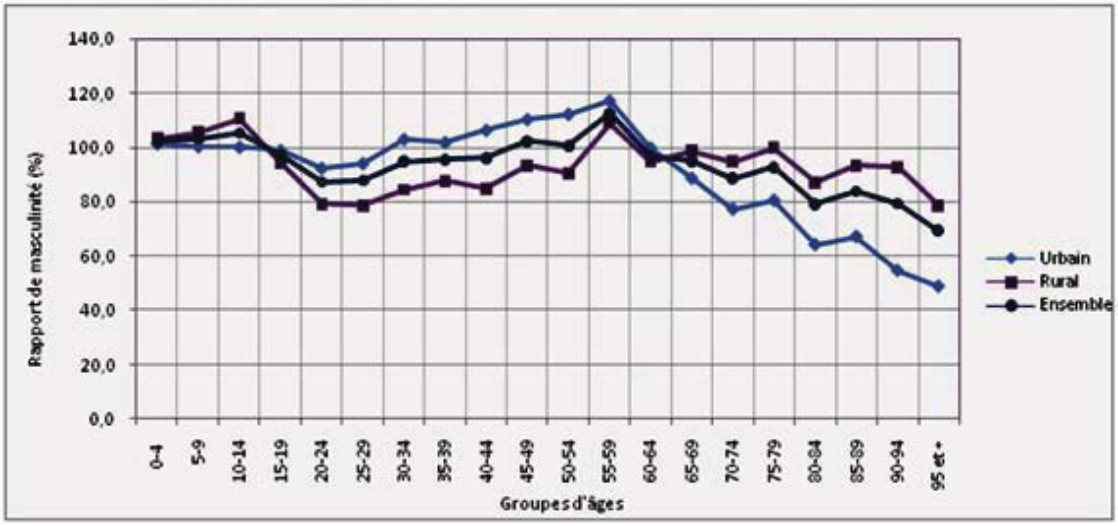
ANNEXE 2 : RÉPARTITION DE LA POPULATION DU CAMEROUN PAR GROUPE D'AGE SELON LE SEXE

Tableau n°2 : Répartition de la population en 2010 par groupes d'âges selon le sexe

Age	Population totale	Masculin	Féminin	Rapport de masculinité (%)
0-4	3 287 234	1 662 298	1 624 936	102,3
5-9	2 783 459	1 412 467	1 370 992	103,0
10-14	2 394 671	1 227 470	1 167 201	105,2
15-19	2 170 035	1 068 509	1 101 526	97,0
20-24	1 837 289	855 334	981 955	87,1
25-29	1 525 816	712 550	813 266	87,6
30-34	1 209 607	588 210	621 397	94,7
35-39	942 713	460 394	482 319	95,5
40-44	793 846	388 539	405 307	95,9
45-49	640 247	323 507	316 740	102,1
50-54	521 910	261 626	260 284	100,5
55-59	337 988	178 876	159 112	112,4
60-64	315 879	155 208	160 671	96,6
65-69	227 290	110 645	116 645	94,9
70-74	189 571	88 969	100 602	88,4
75-79	98 078	47 173	50 905	92,7
80-84	71 585	31 609	39 976	79,1
85-89	26 564	12 109	14 455	83,8
90-94	15 715	6 942	8 773	79,1
95 et plus	16 603	6 789	9 814	69,2
Total	19 406 100	9 599 224	9 806 876	97,9

Indépendamment du milieu de résidence, les courbes des rapports de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes) par groupes d'âges montrent qu'entre 0-15 ans, il y a plus de garçons que de filles. Cette situation s'explique par le fait qu'il naît plus de garçons que de filles. Cette tendance s'inverse après 15 ans du fait de la surmortalité masculine. Après 60 ans, l'on assiste à une diminution progressive du nombre d'hommes, situation qui s'accentue avec l'âge.

Graphique n°1 : Courbes des rapports de masculinité (%) par groupes d'âges de la population du Cameroun en 2010 selon le milieu de résidence



ANNEXE 3 : DÉCRET PORTANT INTÉGRATION DES CURRICULA D'EVF/EMP/VIH/sida

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix – Travail – Patrie ----------	REPUBLIC OF CAMEROON Peace – Work – Fatherland ----------
MINISTERE DE L'EDUCATION DE BASE	MINISTRY OF BASIC EDUCATION
MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRES	MINISTRY OF SECONDARY EDUCATION

ARRETE CONJOINT INTERMINISTERIEL N° 281/07 /MINEDUB/MINESEC DU [illegible] Portant intégration des curricula d'EVF/EMP/VIH/sida dans les programmes de formation et d'enseignement au Cameroun

Le Ministre de l'Education de Base
et
Le Ministre des Enseignements Secondaires

Vu la Constitution ;
Vu la Loi n°98/004 du 18 avril 1998 d'Orientation de l'Education au Cameroun ;
Vu le Décret n°2004/320 du 08 décembre 2004 portant organisation du Gouvernement ;
Vu le Décret n°2004/321 du 08 décembre 2004 portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;
Vu le Décret n°2004/322 du 08 décembre 2004 portant formation du Gouvernement ;
Vu le Décret n°2005/138 du 25 avril 2005 portant organisation du Ministère de l'Education de Base ;
Vu le Décret n°2005/139 du 25 avril 2005 portant organisation du Ministère des Enseignements Secondaires.

ARRETENT

Article 1 : Le présent arrêté introduit l'Education à la Vie Familiale (EVF), en Matière de Population (EMP), à l'éducation préventive au VIH et sida dans les programmes des enseignements primaire, secondaire et normal au Cameroun.

Article 2 : Les objectifs et les contenus d'apprentissage à tous les niveaux d'enseignement sont détaillés dans les programmes y relatifs.

Article 3 : Les contenus desdits programmes doivent faire l'objet d'évaluation tant interne que certificative.

Article 4 : Le présent Arrêté qui prend effet à compter du 18 janvier 2007 sera enregistré et publié au Journal Officiel en Français et en Anglais../-

Le Ministre des Enseignements Secondaires	Le Ministre de l'Education de Base
[illegible]	Mme. HAMAN ADAMA née HALIMATOU MAHONDÉ

Enseignement : le sida à l'école

Les documents y relatifs ont été signés hier à Yaoundé par les différents ministres du secteur de l'éducation.

A partir de l'année prochaine, les programmes du primaire, du secondaire et du normal vont intégrer des modules d'enseignement en matière de sida. Le document introduisant l'enseignement et la formation sur l'Education à la vie familiale (EVF), l'Education en matière de population (EMP) et le Vih/Sida dans les programmes scolaires a été conjointement signé hier par Haman Adama et Louis Bapès Bapès, respectivement ministres de l'Education de base et des Enseignements secondaires.

Cette stratégie est une réponse au résultat de l'enquête menée par l'Unesco entre mai et juin 2005. Enquête qui a démontré que si le niveau d'information et de connaissance générale sur le Vih/sida est correct, beaucoup reste à faire pour que les comportements et les attitudes changent réellement. Cette étude révèle également que très peu d'enseignants sont formés à la prévention du sida. Et donc peu d'élèves. Selon Haman Adama, ces enseignements, qui ne figurent pas dans les programmes scolaires sont loin d'être systématiques. " Ils sont essentiellement occasionnels et prennent la forme de causeries, à l'initiative de l'enseignant ", a-t-elle affirmé. " Pourtant, a-t-elle poursuivi, le système éducatif offre un cadre unique pour mettre en œuvre une vaste politique préventive au sida. "

C'est fort de ce constat que le gouvernement, dans le cadre de la stratégie sectorielle de l'éducation adoptée en 2006, a prévu les mesures dont l'introduction des modules de formation sur l'EVF/EMP/Vih/sida dans les écoles normales, l'introduction d'une épreuve sur le sida aux examens ainsi que la formation des enseignants et des personnels d'appui aux méthodes de prévention et de lutte contre la pandémie. Mais d'après Ivo Tambo Leke, secrétaire général du Minesec et coordonnateur national du projet, c'est une phase très délicate parce qu'il faut introduire des leçons supplémentaires dans des programmes déjà existants, sans pour autant augmenter la charge de travail aux enseignants et apprenants. De manière concrète, les élèves, dès le primaire, seront entretenus sur le sida à travers les langues, l'éducation civique et morale, l'éducation à la citoyenneté, l'éthique et morale professionnelle. Les activités pratiques, physiques et sportives, l'hygiène et l'éducation à la santé, l'histoire/géographie, l'éducation sociale et familiale sont aussi quelques-unes des matières qui seront mises à contribution. " Les activités seront plus pratiques que théoriques, car c'est en activité que les enfants apprennent et retiennent mieux ", explique Ivo Tambo Leke. Les enseignements quant à eux porteront entre autres sur l'éducation à la vie sociale et conjugale, la santé de reproduction et les connaissances de base sur les IST et le VIH/sida, les facteurs de vulnérabilité et la personnalisation du risque. On parlera également du système de prise en charge et le soutien aux personnes infectées, de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, de la participation à la lutte contre le sida, de la population et de l'impact du sida sur le développement humain, etc.

L'acte concrétisant l'enseignement du sida dans toutes ses composantes.

Encore en phase d'expérimentation dans certains établissements des provinces du Centre et du Sud, le projet va démarrer dans les prochains jours dans les trois provinces septentrionales. Et grâce aux 375 millions de francs CFA budgétisés cette année par le Comité national de lutte contre le sida, l'expérience va s'étendre dans les cinq provinces restantes. La stratégie est d'ailleurs en voie d'être adoptée par les pays membres de la CEMAC.

Jocelyne NDOUYOU-MOULIOM

ANNEXE 4 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON DES ÉLÈVES

- **Les régions et villes sélectionnées**

	Régions		
	Ouest	**Littoral**	**Centre**
03 Villes	Bafoussam	Douala	Yaoundé

- **Les établissements sélectionnés par ville**

	Villes		
	Bafoussam	**Douala**	**Yaoundé**
08 Établissements	Lycée classique	Lycée Joss	Lycée Général Leclerc
	Lycée bilingue	Lycée d'Akwa	Lycée de la cité verte
	Lycée de Ndiengdam	Lycée de Déido	

- **Répartition des classes par établissement et par ville**

	Villes					
	Bafoussam		**Douala**		**Yaoundé**	
	4ème	**3ème**	**4ème**	**3ème**	**4ème**	**3ème**
Lycée classique	3	2				
Lycée bilingue	1	4				
Lycée de Ndiengdam	2	2				
Lycée Joss			4	3		
Lycée d'Akwa			1	2		
Lycée de Déido			1	3		
Lycée Général Leclerc					2	4
Lycée de la cité verte					3	3
Total/niveau/ville	**6**	**8**	**6**	**8**	**5**	**7**
Total classes par ville	**14**		**14**		**12**	

- **Répartition des élèves par ville et par classe**

	Villes					
	Bafoussam		**Douala**		**Yaoundé**	
	4ème	**3ème**	**4ème**	**3ème**	**4ème**	**3ème**
Lycée classique	197	176				
Lycée bilingue	88	318				
Lycée de Ndiengdam	144	129				
Lycée Joss			251	232		
Lycée d'Akwa			95	199		
Lycée de Déido			107	219		
Lycée Général Leclerc					144	279
Lycée de la cité verte					222	271
Total/niveau/ville	**429**	**623**	**453**	**650**	**366**	**550**
Total élèves par ville	**1052**		**1103**		**916**	

ANNEXE 5 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON DES ENSEIGNANTS

BAFOUSSAM		DOUALA		YAOUNDE	
Lycée classique de Bafoussam ;	**28**	Lycée Bilingue de Bonabéri	**14**	**Lycée Général Leclerc**	**17**
Lycée de Bafoussam (Ndiengdam)	**24**	**Lycée d'Akwa**	**19**	Lycée d'Emana	**9**
Lycée bilingue de Baleng	**22**	Lycée d'Akwa-Nord	**14**	Lycée d'Ekounou	**8**
Lycée bilingue de Bafoussam I	**29**	Lycée de la Cité des palmiers	**15**	Lycée d'Elig-essono	**8**
Lycée bilingue de Bafoussam II	**20**	Lycée d'Oyack	**11**	Lycée de Biyem-Assi	**15**
		Lycée de New-Bell	**13**	**Lycée de la Cité Verte**	**16**
		Lycée de Nylon Brazzaville	**13**	Lycée de Mballa 2	**7**
		Lycée bilingue de Déido	**18**	Lycée de Mendong ;	**11**
		Lycée Joss	**22**	Lycée de Nkolbisson ;	**8**
				Lycée de Nsam Efoulan ;	**7**
TOTAL	**123**		**139**		**106**

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ÉLÈVES

ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ EN MILIEU SCOLAIRE AU CAMEROUN

1) Votre sexe : ○Garçon ○Fille **2) Année de naissance :**

3) Nombre de frères ☐ **4) nombre de** ☐**:**

5) Quel est votre ethnie ?
○ Fang ○Bassa ○Douala ○Eton ○Bakweri ○Ewondo
○ Tikar ○Bamileké ○Bamoun
○Mousgoum ○Toupouri ○Boum ○Matakam ○Kapsiki ○ Bororo ○Foulbé
○Sémites ○Arabe ○Choa

6) Vos parents vivent
□Ensembles □séparés □ma mère est décédée □mon père est décédé □je ne connais pas mon père

7) Avez-vous toujours habité avec vos parents ?
○Oui ○Non

Si non, avec qui habitez-vous depuis cinq ans?
○Je vis seul ○chez un autre membre de la famille ○autre (préciser)……

8) Quel est le niveau d'études de votre père ?
○aucun ○Primaire ○premier cycle ○second cycle ○universitaire

9) Quel est le niveau d'étude de votre mère
○aucun ○Primaire ○premier cycle ○second cycle ○universitaire

10) Quel est l'âge de votre père ?.....ans **11) quel est l'âge de votre mère ?** ……ans

12) Quel est le métier de votre père ?

13) Quel est le métier de votre mère

14) Pouvez-vous me dire quelle est votre religion si vous en avez une ?
○Catholique ○Protestant ○Musulman ○Autres religions

15) Si vous avez une religion, quel est votre degré de pratique ?

Peu pratiquant ☐☐☐☐ Très pratiquant

16) Vos parents sont-ils croyants

Pas du tout croyant ☐☐☐☐ Très croyant

17) Si vos parents sont croyants, quelle est leur religion ?

□Catholique □Protestant □Musulman □Autres religion

18) En trois mots, à quoi vous fait penser le mot sexualité ?

19) En matière de sexualité, vous pensez avoir :

Très peu d'information | | | | | Toutes les informations

20) Pour vous une relation amoureuse, c'est d'abord :

Une recherche de plaisir | | | | | Un sentiment que l'on partage

21) Etes-vous « pas d'accord » ou « très d'accord » avec ces affirmations ?

	Pas d'accord → Très d'accord			
a) C'est au garçon de faire le premier pas				
b) C'est aux parents de choisir le futur mari de leur fille				
c) C'est aux parents de choisir la future épouse de leur fils				
d) Avoir des rapports sexuels avec son copain ou sa copine, est une preuve d'amour.				
e) Le chagrin d'amour c'est une histoire de fille				
f) Les tenus « tendances »que les filles portent incitent au viol				
g) Les garçons ne pensent qu'au sexe				
h) On reconnaît un(e) homosexuel(le) à son attitude				
i) Les garçons ne peuvent pas se faire violer				
j) Les garçons ne doivent pas exprimer leurs sentiments, ni être sensible				
k) On peut toujours dire non à l'autre, même si il(elle) a envie				
l) La première fois on ne risque rien				
m) Une fille qui propose un préservatif est une habituée				
n) Dans un couple, c'est au garçon de décider ce qu'on doit faire				
o) Un film porno, c'est un bon moyen pour apprendre				

22) Pour vous, l'homosexualité est ?

Tout à fait inacceptable | | | | | Tout à fait acceptable

23) En matière de sexualité, en général, avec qui en avez-vous discuté ?

Avec :	**Jamais → Très souvent**			
Votre mère				
Votre père				
Votre frère				
Votre sœur				
D'autres membres de votre famille				

Vos copains				
Vos copines				
A l'école avec des professeurs				
Avec un médecin				
Avec un éducateur social				

24) En matière de sexualité, où trouvez-vous vos informations ?

A la télévision ○Oui ○Non
Dans la presse (journaux, magazines…) ○Oui ○Non
A la radio ○Oui ○Non
Dans les centres sociaux ○Oui ○Non
A l'école ○Oui ○Non
Dans les livres scolaires ○Oui ○Non
Dans les lieux de culte ○Oui ○Non
Dans des associations ○Oui ○Non
Sur internet ○Oui ○Non

25) A votre avis, parler de sexualité à l'école avec des adultes (enseignants, éducateurs…) c'est :

Inutile | | | | | Très utile

26) Est-ce que c'est difficile de parler de sexualité avec des adultes ?

Pas difficile | | | | | Très difficile

27) Connaissez-vous un adulte avec qui vous pouvez en parler en cas de souci ?

○Oui ○Non

Si oui, qui ? (ne pas citer son nom de famille)

28) Connaissez-vous des associations qui pourraient répondre à vos questions ou vous aider en matière de sexualité ?

○Oui ○Non

Si oui, lesquelles ?
……

29) Suivre les règles de la religion en matière de sexualité c'est :

Pas du tout important | | | | | Très important

30) Quels règles religieuses sont pour vous les plus importantes en matière de sexualité (au maximum 3)

-
-
-

31) En matière de sexualité, quels sont les sujets que vous aimeriez aborder à l'école (au maximum 4)

-
-
-
-

32) Pour parler de sexualité à l'école, vous préférez que la classe soit partagée en :

○Groupes mixtes (filles et garçon) ○Groupe non mixte (filles séparée des garçons)

33) Etes-vous tout à fait d'accord ou pas du tout d'accord avec ces affirmations?

	Pas d'accord ⟶ Très d'accord			
a. C'est l'un des rôles de l'école que de contribuer à l'épanouissement de l'enfant dans le domaine de la sexualité				
b. L'éducation à la sexualité des enfants concerne autant l'école que les parents				
c. L'éducation à la sexualité relève exclusivement de l'éducation familiale				
d. Un enseignant n'a pas le droit de donner aux élèves, des instructions dans le domaine de la sexualité				
e. c'est aux parents d'éduquer sexuellement leurs enfants				
f. L'éducation à la sexualité à l'école peut permettre de prévenir des problèmes de santé ultérieurs				

34) Parlez-vous souvent de sexualité avec vos parents ?

Pas du tout | | | | | Très souvent

35) A votre avis, vos parents sont-ils à l'aise pour parler de sexualité avec vous ?

Pas du tout à l'aise | | | | | Très à l'aise

36) En matière d'éducation à la sexualité, diriez-vous que les connaissances de vos parents sont :

Plutôt insuffisantes | | | | | Très suffisantes

37) En matière de sexualité, quels sujets en général discutez-vous avec vos parents

-
-
-

38) Combien d'ami(es) avez-vous ?

○Aucun ○un(e) ○deux ○trois ou plus

39) si vous avez des amis, discutez-vous de sexualité entre vous ?

Pas du tout | | | | | Très souvent

40) Avez-vous ou avez-vous déjà eu un petit ami ou une petite amie ?

○Oui ○Non

41) Si oui, discutez-vous avec lui des sujets de sexualité ?

Pas du tout | | | | | Très souvent

42)

	Non jamais	**Oui, une fois**	**Plusieurs fois**	**souvent**
Avez-vous déjà embrassé un(e) petit(e) ami(e) sur la bouche ?				
Avez-vous déjà partagé des caresses avec quelqu'un ?				
Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ?				

43) Si vous avez déjà eu un rapport sexuel, à quel âge la première fois ? ……..ans

ANNEXE 7: QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ENSEIGNANTS

EDUCATION A LA SEXUALITE EN MILIEU SCOLAIRE

1- Sexe : ○Homme ○Femme 2- **Année de naissance** :

3- Ethnie :

○ Fang ○Bassa ○Douala ○Eton ○Bakweri ○Ewondo
○ Tikar ○Bamileké ○Bamoun
○Mousgoum ○Toupouri ○Boum ○Matakam ○Kapsiki
○ Bororo ○Foulbé
○Sémites ○Arabe ○Choa
○Autre (précisez)……..

4- Religion :

○Catholique ○Protestant ○Musulman ○Autres religions
○ je ne suis pas du tout croyant ○ Autres religions…….

5- Si vous avez une religion, quel est votre degré de pratique ?

Peu pratiquant | | | | | Très pratiquant

6- Situation matrimoniale

○Célibataire ○Marié ○Divorcé ○Veuf/veuve

7- Nombre d'enfants…….....

8- En quelle année avez-vous commencé à enseigner ?.....

9- Dans quelle discipline enseignez-vous ?.....

10- A votre avis, une éducation sexuelle des jeunes est-elle vraiment nécessaire?

Pas nécessaire | | | | | Très nécessaire

11- Est-ce le rôle de l'école d'assurer l'éducation sexuelle des élèves ?

Pas du tout | | | | | Absolument

12- Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec ces affirmations?

	Pas d'accord → d'accord			Très
a. C'est l'un des rôles de l'enseignant que de contribuer à l'épanouissement de l'enfant dans le domaine de la sexualité	☐	☐	☐	☐
b. L'éducation à la sexualité des enfants concerne autant les enseignants que les parents	☐	☐	☐	☐
c. L'éducation à la sexualité des enfants relève exclusivement de l'éducation familiale	☐	☐	☐	☐

d. Un enseignant n'a pas le droit de donner des directives aux élèves dans le domaine de la sexualité	☐	☐	☐	☐
e. L'éducation à la sexualité doit se limiter à donner des informations biologiques sur la sexualité à l'école.	☐	☐	☐	☐
f. L'éducation à la sexualité doit se limiter à donner des informations biologiques sur la sexualité à l'école	☐	☐	☐	☐
g. Pour être efficace, une action en éducation à la sexualité doit durer tout au long de la scolarité de l'enfant	☐	☐	☐	☐
h. Une action concernant la sexualité de l'enfant ne peut être efficace qu'avec un travail avec des partenaires extérieurs à l'école	☐	☐	☐	☐
i. La pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la sexualité	☐	☐	☐	☐
j. L'éducation à la sexualité devrait être enseignée principalement par les enseignants de biologie	☐	☐	☐	☐
k. L'éducation à la sexualité est inutile car systématiquement inefficace	☐	☐	☐	☐
l. L'éducation à la sexualité n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine	☐	☐	☐	☐
m. L'éducation à la sexualité favorise une entrée précoce en sexualité des jeunes.	☐	☐	☐	☐
n. L'éducation sexuelle entraîne une augmentation de l'activité sexuelle des jeunes	☐	☐	☐	☐
o. L'éducation à la sexualité à l'école peut permettre de prévenir des problèmes de santé ultérieurs	☐	☐	☐	☐
p. Seule la sexualité de l'adulte mérite d'être débattue et pas la sexualité de l'enfant ou de l'adolescent	☐	☐	☐	☐
q. L'éducation à la sexualité à l'école devrait se limiter à des informations	☐	☐	☐	☐

13- Avez-vous déjà menée des actions à l'école en vue d'une éducation à la sexualité des élèves ?

○Oui (aller à la question 19) ○Non (aller à la question 16)

14- Si vous n'avez pas encore mené de telles actions à l'école, souhaiteriez-vous le faire ?

○Oui ○Non

15- Si <u>oui</u>, quelle sont les facteurs que vous jugiez nécessaires pour faciliter votre implication dans des actions d'éducation à la sexualité à l'école (3 facteurs au maximum)?

-

-

-

***16-* Si <u>non</u>, quelles sont vos motivations ?** *(mettre une croix dans la case correspondant à votre choix)*

	Oui	Non
Ce n'est pas prévu au programme		

Je n'ai aucune motivation à la faire		
Je ne possède pas les compétences nécessaires		
Ce n'est pas le rôle de l'école de faire l'éducation sexuelle des élèves		
Ce n'est pas mon rôle		
C'est contraire à mes convictions religieuses		
C'est contraire à mes valeurs traditionnelles		
C'est totalement inefficace		

(aller à la question 24)

17- **Si vous avez déjà mené des actions en éducation à la sexualité, sur quel(s) thème(s) êtes-vous intervenu(s)** *(mettre une croix dans la case correspondante)*

1 - La sexualité humaine	
2 - La puberté	
3 - De l'éveil de la sexualité à la rencontre de l'autre	
4 - Rôles sexuels et stéréotypes, Identité sexuelle	
5 - Normes sociales et valeurs – loi et sexualité	
6 - Le plaisir	
7 - La contraception et désir d'enfant	
8 - Prévention des Ist – Sida	
9 - Abus et violences sexuels	
10 - Autres	

18- Vos actions étaient :

○Ponctuelles
○Régulières
○Dans le cadre d'un projet d'école
○Une initiative personnelle

19- Êtes-vous satisfait de l'efficacité de ce travail ?

○Pas du tout ○partiellement ○Tout à fait

20- Si pas du tout, quelles en sont les raisons? Indiquez quels sont les obstacles qui vous paraissent les plus importants :

	Oui	**Non**
a) L'impression de ne pas intéresser les élèves		
b) Le manque de matériel		
c) Les réactions des parents		
d) Je ne sais pas comment faire		
e) Le manque d'information sur les thèmes		
f) Le manque de formation en éducation à la sexualité		
g) Je suis gêné pour aborder certains sujets		

h) Le manque de temps		
i) Le manque de motivation		
j) L'âge des enfants pour aborder certains sujets		

☐ Autre (préciser) ……

21- Est-il difficile de parler de sexualité avec des adolescents ?

Pas difficile | | | | | Très difficile

22- Comment évaluez-vous votre intérêt pour l'éducation à la sexualité à l'école?
(Plus vous vous sentez motivé, plus vous indiquez une note proche de 10): **……../ 10**

23- Comment évaluez-vous votre niveau de compétence en éducation à la sexualité?
Plus vous vous sentez compétent, plus vous indiquez une note proche de 10: **……../ 10**

24- Avez-vous eu une formation dans ce domaine ?
○Oui ○Non

25- Actuellement, ressentez-vous, pour vous-même, la nécessité d'une formation en éducation à la sexualité?

Pas du tout | | | | | Absolument

26- Les institutions religieuses devraient être impliquées dans l'éducation à sexualité des élèves.

Pas du tout d'accord | | | | | Très d'accord

27- Les associations et organismes de promotion de la santé ont un rôle à jouer dans l'éducation à la sexualité des élèves à l'école.

Pas du tout | | | | | Très d'accord

28- Pensez-vous que ces associations et organismes de promotion de la santé puissent vous être utiles ?
○Oui ○Non

29- Si oui, quelles sont vos attentes vis-à-vis de ces associations et organismes de promotion de la santé (maximum 3)?

ANNEXE 8: ENQUÊTE ÉLÈVES : tri à plat

Q1	Sexe de l'élève	Garçon	Filles	NR
		43%	57%	0%

Q2	Age de l'élève	1	2	3	NR
		29%	43%	19%	9%

		Moyenne	ET	NR
Q3	Nombre de frères	2,22	1,59	0%
Q4	Nombre de sœurs	2,25	1,67	0%

Q5	Ethnie	Bantou	Semi-Bantou	Soudanais	NR
		39%	57%	4%	0%

Q6	Situation maritale des parents	Ensemble	Séparés	Mère décédée	Père décédé	Père inconnu	NR
		64%	21%	4%	8%	2%	0%

Q7-1	Toujours vécu chez les parents	Oui	Non	NR
		77%	23%	0%

Q7-2	Si non, domicile depuis 5 ans	Seul	Autre membre famille	Autre	NR
		0%	18%	0%	82%

	Niveau d'étude	Aucun	Primaire	1er cycle	2nd cycle	Universitaire	NR
Q8	Du père	2%	5%	9%	25%	47%	11%
Q9	De la mère	2%	8%	16%	35%	28%	10%

		Catholique	Protestant	Musulman	Autre religion	NR
Q14	Religion de l'élève	55%	32%	6%	6%	0%
Q17	Religion des parents	50%	33%	7%	6%	5%

Q15	Religion : degré de pratique de l'élève	1-Peu pratiquant	2	3	4- Très pratiquant	NR
		19%	18%	25%	35%	3%

Q16	Religion : degré de croyance des parents	1-Pas du tout croyant	2	3	4- Très croyant	NR
		4%	9%	20%	65%	1%

Q18	Mot "Sexualité"	Comportementale	Morale	Biologique	Psychoaffective	Sociale / Culturelle	NR
		18%	13%	37%	38%	3%	40%

Q19	Niveau d'information en matière de sexualité	1- Très peu d'infos	2	3	4- Toutes les infos	NR
		40%	20%	17%	23%	0%

Q20	Relation amoureuse	1- Recherche de plaisir	2	3	4- Sentiment partagé	NR
		6%	3%	9%	81%	1%

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q21-a	C'est au garçon de faire le premier pas	10%	8%	25%	55%	2%
Q21-b	C'est aux parents de choisir le futur mari de leur fille	82%	11%	3%	3%	1%
Q21-c	C'est aux parents de choisir la future épouse de leur fils	80%	12%	4%	3%	1%
Q21-d	Avoir des rapports sexuels avec son copain ou sa copine, est une preuve d'amour.	56%	17%	12%	14%	2%
Q21-e	Le chagrin d'amour c'est une histoire de fille	39%	21%	17%	20%	3%
Q21-f	Les tenues « tendances »que les filles portent incitent au viol	16%	10%	20%	53%	1%
Q21-g	Les garçons ne pensent qu'au sexe	31%	19%	19%	29%	1%
Q21-h	On reconnaît un(e) homosexuel(le) à son attitude	20%	14%	22%	42%	2%
Q21-i	Les garçons ne peuvent pas se faire violer	45%	16%	13%	23%	3%

Q21-j	**Les garçons ne doivent pas exprimer leurs sentiments, ni être sensible**	61%	15%	9%	12%	2%
Q21-k	**On peut toujours dire non à l'autre, même si il(elle) a envie**	19%	10%	19%	50%	2%
Q21-l	**La première fois on ne risque rien**	62%	14%	9%	13%	2%
Q21-m	**Une fille qui propose un préservatif est une habituée**	39%	14%	15%	29%	2%
Q21-n	**Dans un couple, c'est au garçon de décider ce qu'on doit faire**	41%	18%	17%	23%	1%
Q21-o	**Un film porno, c'est un bon moyen pour apprendre**	56%	13%	11%	19%	1%

Q22	**L'homosexualité est :**	**1- Tout à fait inacceptable**	**2**	**3**	**4- Tout à fait acceptable**	**NR**
		74%	10%	7%	8%	1%

Q23	**Parle de sexualité avec :**	**Jamais**	**Un peu**	**Assez souvent**	**Très souvent**	**NR**
	Votre mère	52%	9%	19%	20%	1%
	Votre père	74%	8%	9%	8%	1%
	Votre frère	55%	8%	16%	17%	2%
	Votre sœur	49%	8%	18%	24%	2%
	D'autres membres de votre famille	57%	9%	15%	16%	2%
	Vos copains	41%	7%	20%	29%	2%
	Vos copines	38%	9%	21%	30%	2%
	A l'école avec des professeurs	54%	9%	18%	18%	2%
	Avec un médecin	63%	7%	12%	15%	2%
	Avec un éducateur social	63%	8%	13%	15%	1%

Q24	**Sources d'infos :**	**Oui**	**Non**	**NR**
Q24-1	**Télévision**	77%	23%	0%
Q24-2	**Presse écrite**	45%	55%	0%
Q24-3	**Radio**	40%	60%	0%
Q24-4	**Centres sociaux**	31%	68%	0%
Q24-5	**Ecole**	65%	35%	0%

Q24-6	**Livres scolaires**	46%	54%	0%
Q24-7	**Lieux de culte**	17%	83%	0%
Q24-8	**Associations**	18%	82%	0%
Q24-9	**Internet**	59%	40%	0%

Q25	**Parler de sexualité à l'école avec des adultes, c'est :**	**1- Inutile**	**2**	**3**	**4- Très utile**	**NR**
		10%	7%	13%	69%	0%

Q26	**Difficulté de parler de sexualité avec des adultes**	**1- Pas difficile**	**2**	**3**	**4- Très difficile**	**NR**
		19%	15%	21%	44%	0%

Q27-1	**Adulte à qui parler en cas de souci**	**Oui**	**Non**	**NR**
		62%	37%	0%

Q28-1	**Assos pour questions ou aide sur sexualité**	**Oui**	**Non**	**NR**
		12%	88%	0%

Q29	**Suivre les règles religieuses en matière de sexualité**	**1- Pas du tout important**	**2**	**3**	**4- Très important**	**NR**
		19%	14%	18%	47%	1%

Q30	**Règles religieuses importantes sur sexualité**	**R**	**NR**
		33%	67%

Q31	**Sujets à aborder à l'école**	**Comportementale**	**Morale**	**Biologique**	**Psychoaffective**	**Sociale / Culturelle**	**NR**
		21%	2%	19%	11%	6%	63%

Q32	**Composition classe pour parler sexualité**	**Mixte**	**Non mixte**	**NR**
		72%	26%	1%

		Pas d'accord	**Un peu d'accord**	**Assez d'accord**	**Très d'accord**	**NR**
Q33-a	**C'est l'un des rôles de l'école que de contribuer à l'épanouissement de l'enfant dans le domaine de la sexualité**	25%	16%	22%	33%	4%

Q33-b	**L'éducation à la sexualité des enfants concerne autant l'école que les parents**	23%	16%	22%	37%	2%
Q33-c	**L'éducation à la sexualité relève exclusivement de l'éducation familiale**	32%	20%	19%	26%	4%
Q33-d	**Un enseignant n'a pas le droit de donner aux élèves, des instructions dans le domaine de la sexualité**	58%	16%	10%	14%	2%
Q33-e	**C'est aux parents d'éduquer sexuellement leurs enfants**	25%	20%	19%	34%	3%
Q33-f	**L'éducation à la sexualité à l'école peut permettre de prévenir des problèmes de santé ultérieurs**	10%	9%	17%	61%	2%

Q34	**Parler sexualité avec les parents**	**1- Pas du tout**	**2**	**3**	**4- Très souvent**	**NR**
		48%	13%	17%	21%	0%

Q35	**Parents à l'aise pour parler sexualité**	**1- Pas du tout à l'aise**	**2**	**3**	**4- Très à l'aise**	**NR**
		47%	17%	15%	21%	0%

Q36	**Connaissances des parents en Éducation à la sexualité**	**1- Plutôt insuffisantes**	**2**	**3**	**4- Très suffisantes**	**NR**
		17%	17%	26%	40%	1%

Q37	**Sujets abordés avec les parents**	**Comportementale**	**Morale**	**Biologique**	**Psychoaffective**	**Sociale / Culturelle**	**NR**
		18%	2%	13%	10%	4%	73%

Q38	**Nombre d'amis**	**Aucun**	**Un(e)**	**Deux**	**Trois ou plus**	**HR**
		9%	14%	13%	64%	0%

Q39	**Discuter sexualité avec les amis**	**1- Pas du tout**	**2**	**3**	**4- Très souvent**	**NR**
		12%	13%	22%	44%	9%

Q40	**Déjà eu un(e) petit(e) ami(e)**	**Oui**	**Non**	**NR**
		50%	50%	0%

Q41	**Discuter sexualité avec lui ou elle**	**1- Pas du tout**	**2**	**3**	**4- Très souvent**	**NR**
		10%	6%	11%	23%	51%

		Non jamais	**Oui, une fois**	**Plusieurs fois**	**Souvent**	**NR**
Q42-1	**Avez-vous déjà embrassé un(e) ami(e) sur la bouche ?**	60%	15%	17%	7%	0%
Q42-2	**Avez-vous déjà partagé des caresses avec quelqu'un ?**	62%	15%	15%	8%	0%
Q42-3	**Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ?**	85%	5%	7%	3%	0%

Q43	**Age du 1er rapport sexuel**	**Moyenne**	**ET**	**NR**
		14,82	1,41	88%

ANNEXE 9: ENQUÊTE ENSEIGNANTS : tri à plat

		Homme	Femme	NR
Q1	sexe de l'enseignant	38,0	62,0	,0

		20-29	30-39	40-49	50-59	NR
Q2	Age de l'enseignant	30,2	31,0	18,2	11,4	9,2

		Bantou	Semi-Bantou	NR
Q3	Ethnie de l'enseignant	49,5	50,5	0

		Catholique	Protestant	Musulman	Autres religions	NR
Q4	Religion de l'enseignant	39,4	31,8	7,1	21,5	0,3

		1-Peu pratiquant	2	3	4- Très pratiquant	NR
Q5	Religion : degré de pratique de l'enseignant	12,0	20,9	26,1	24,5	16,6

		Célibataire	Marié	Divorcé	Veuf/Veuve	NR
Q6	Statut civil de l'enseignant	32,3	46,2	7,6	2,4	11,4

		Pas d'enfant	1 à 2 enfants	3 à 4 enfants	5 enfants et plus	NR
Q7	Nombre d'enfants de l'enseignant	20,1	38,0	25,3	8,7	7,9

		[1-3]	[4-6]	|7-9]	|10->]	NR
Q8	Anciéneté de l'enseignant	29,9	13,9	11,7	34,2	10,3

		1-Pas nécessaire	2	3	4-Très nécessaire	NR
Q10	Nécessité de l'éducation sexuelle des jeunes	12,8	26,9	24,7	35,6	0

		1-Pas du tout	2,0	3,0	4-Absolument	NR
Q11	L'éducation à la sexualité est le rôle de l'école	29,3	21,7	22,8	26,1	,0

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-1	C'est l'un des rôles de l'enseignant que de contribuer à l'épanouissement de l'enfant dans le domaine de la sexualité	31,0	18,2	24,2	26,4	,3

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-2	L'éducation à la sexualité des enfants concerne autant les enseignants que les parents	27,2	18,2	19,3	33,4	1,9

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-3	L'éducation à la sexualité des enfants relève exclusivement de l'éducation familiale	35,1	5,2	28,8	28,5	2,4

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-4	Un enseignant n'a pas le droit de donner des directives aux élèves dans le domaine de la sexualité	42,7	30,7	17,9	4,3	4,3

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-5	L'éducation à la sexualité doit se limiter à donner des informations biologiques sur la sexualité à l'école	27,2	20,4	26,6	22,0	3,8

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-6	L'éducation à la sexualité doit se limiter à donner des informations biologiques sur la sexualité à l'école	0	1,4	40,5	54,3	3,8

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-7	Pour être efficace, une action en éducation à la sexualité doit durer tout au long de la scolarité de l'enfant	21,7	33,2	23,4	16,8	4,9

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-8	Une action concernant la sexualité de l'enfant ne peut être efficace qu'avec un travail avec des partenaires extérieurs à l'école	27,4	23,9	22,3	16,6	9,8

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-9	La pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la sexualité	11,1	17,9	32,9	37,8	,3

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-10	L'éducation à la sexualité devrait être enseignée principalement par les enseignants de biologie	22,6	24,5	23,9	29,1	

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-11	L'éducation à la sexualité est inutile car systématiquement inefficace	46,7	32,3	13,6	7,3	

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-12	L'éducation à la sexualité n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine	40,8	21,2	20,9	17,1	

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-13	L'éducation à la sexualité favorise une entrée précoce en sexualité des jeunes	25,0	31,3	32,1	11,7	

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-14	L'éducation sexuelle entraîne une augmentation de l'activité sexuelle des jeunes	25,5	32,1	25,0	17,4	

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-15	L'éducation à la sexualité à l'école peut permettre de prévenir des problèmes de santé ultérieurs	5,2	20,1	32,1	42,7	

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-16	Seule la sexualité de l'adulte mérite d'être débattue et pas la sexualité de l'enfant ou de l'adolescent	38,3	33,2	21,5	7,1	

		Pas d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Très d'accord	NR
Q12-17	L'éducation à la sexualité à l'école devrait se limiter à des informations	19,3	20,9	33,4	26,1	,3

		Oui	Non	NR
Q13	Avez-vous déjà menée des actions à l'école en vue d'une éducation à la	15,5	84,5	

	sexualité des élèves			

		Oui	Non	NR
Q14	Si vous n'avez pas encore mené de telles actions à l'école, souhaiteriez-vous le faire	29,1	55,4	15,5

	Si non, quelles sont vos motivations	Oui	Non	NR
Q16-1	Ce n'est pas prévu au programme	21,5	29,3	49,2

		Oui	Non	NR
Q16-2	Je n'ai aucune motivation à la faire	29,9	21,2	

		Oui	Non	NR
Q16-3	Je ne possède pas les compétences nécessaires	47,8	3,3	48,9

		Oui	Non	NR
Q16-4	Ce n'est pas le rôle de l'école de faire l'éducation sexuelle des élèves	21,2	29,9	48,9

		Oui	Non	NR
Q16-5	Ce n'est pas mon rôle	32,1	19,0	48,9

		Oui	Non	NR
Q16-6	C'est contraire à mes convictions religieuses	6,3	44,6	49,2

		Oui	Non	NR
Q16-7	C'est contraire à mes valeurs traditionnelles	4,1	47,0	48,9

		Oui	Non	NR
Q16-8	C'est totalement inefficace	13,9	37,2	48,9

	Si vous avez déjà mené des actions en éducation à la sexualité, sur quel(s) thème(s) êtes-vous intervenu	Oui	Non	NR
Q17-1	La sexualité humaine	11,7	2,2	86,1

		Oui	Non	NR
Q17-2	La puberté	13,3	,5	86,1

		Oui	Non	NR

Q17-3	De l'éveil de la sexualité à la rencontre de l'autre	0	13,9	86,1

		Oui	Non	NR
Q17-4	Rôles sexuels et stéréotypes, Identité sexuelle	0	13,9	86,1

		Oui	Non	NR
Q17-5	Normes sociales et valeurs – loi et sexualité	1,6	12,2	86,1

		Oui	Non	NR
Q17-6	Le plaisir	0	13,9	86,1

		Oui	Non	NR
Q17-7	La contraception et désir d'enfant	7,9	6,0	86,1

		Oui	Non	NR
Q17-8	Prévention des Ist – Sida	12,8	1,1	86,1

		Oui	Non	NR
Q17-9	Abus et violences sexuels	5,4	8,4	86,1

		Oui	Non	NR
Q17-10	Autres	0	13,9	86,1

		Ponctuelles	Régulières	Projet d'école	Initiative personnelle	NR
Q18	Vos actions étaient	1,4	,3	11,4	1,1	85,9

		Pas du tout	Partiellement	Tout à fait	NR
Q19	Êtes-vous satisfait de l'efficacité de ce travail ?	3,5	8,7	1,9	85,9

	Si pas du tout, quelles en sont les raisons? Indiquez quels sont les obstacles qui vous paraissent les plus importants	Oui	Non	NR
Q20-1	L'impression de ne pas intéresser les élèves	0	3,3	96,7

		Oui	Non	NR
Q20-2	Le manque de matériel	1,6	1,6	96,7

		Oui	Non	NR

Q20-3	Les réactions des parents	2	3,3	

		Oui	Non	NR
Q20-4	Je ne sais pas comment faire	1,6	1,6	96,7

		Oui	Non	NR
Q20-5	Le manque d'information sur les thèmes	2,2	1,1	96,7

		Oui	Non	NR
Q20-6	Le manque de formation en éducation à la sexualité	2,2	1,1	96,7

		Oui	Non	NR
Q20-7	Je suis gêné pour aborder certains sujets	0	3,3	96,7

		Oui	Non	NR
Q20-8	Le manque de temps	1,1	2,2	96,7

		Oui	Non	NR
Q20-9	Le manque de motivation	0	3,3	96,7

		Oui	Non	NR
Q20-10	L'âge des enfants pour aborder certains sujets	2,7	,5	96,7

		1-Pas difficile	2	3	4-Très difficile	NR
Q21	Est-il difficile de parler de sexualité avec des adolescents ?	20,9	34,0	25,3	19,6	,3

		[1-4]	[5-6]	[7-10]	NR
Q22	Comment évaluez-vous votre intérêt pour l'éducation à la sexualité à l'école?	34,4	30,4	34,2	0,5

		[1-4]	[5-6]	[7-10]	NR
Q23	Comment évaluez-vous votre niveau de compétence en éducation à la sexualité?	67,1	25,8	6,5	0,5

		Oui	Non	NR
Q24	Avez-vous eu une formation dans ce domaine ?	14,4	85,6	

		1-Pas du tout	2	3	4-Absolument	NR

Q25	Actuellement, ressentez-vous, pour vous-même, la nécessité d'une formation en éducation à la sexualité?	40,8	26,4	22,8	10,1	

		1-Pas d'accord	2	3	4-Très d'accord	NR
Q26	Les institutions religieuses devraient être impliquées dans l'éducation à sexualité des élèves	23,6	23,1	23,9	25,8	3,5

		1-Pas d'accord	2	3	4-Très d'accord	NR
Q27	Les associations et organismes de promotion de la santé ont un rôle à jouer dans l'éducation à la sexualité des élèves à l'école.	14,4	20,1	31,0	34,5	

		Oui	Non	NR
Q28	Pensez-vous que ces associations et organismes de promotion de la santé puissent vous être utiles ?	46,5	53,5	

ANNEXE 10 : LISTE DES MOTS SUGGÉRÉS PAR DES ÉLÈVES POUR "SEXUALITÉ"

Dimension comportementale		Dimension morale		Dimension biologique		Dimension sociale/culturelle	
Grossesses (précoces, non désirées, enfant, conception)	295	fidélité	187	sexe (appareils ou organes génitaux (sexuels), pénis, vagin, verge, bisexuel)	756	pornographie (porno)	30
abstinence	149	mariage (couple, famille, parents, divorce, mariés, conjoints, mère)	105	rapports sexuels (devierger, caresse, éjaculation, sperme)	473	viol	26
Maladies (IST, sida, VIH, infections)	147	responsabilité (assumer, avenir, conseil, patience)	45	reproduction (vie, accouchement, fécondation, spermatozoïde, ovule)	62	prostitution (argent)	32
protection (préservatif, condom, prudence)	120	éducation (moralité)	22	puberté (règles, adolescence, adulte, jeunesse)	30	argent	8
Avortement (ivg)	12	adultère (fornication, infidélité)	19	excitation (érection)	18	pédophilie	4
risques (problèmes)	14	respect (volonté, consentement)	17	corps (seins, fesses)	9	sexisme	2
stérilité	6	mauvais (mal, pas bien, malheur, péché, mort)	**28**	virilité (maturité)	6	abus	2
		vagabondages sexuels (irresponsabilité, délinquance)	10	virginité	4	intérêt	2
		sexy (nudité, exhibition)	9	apprentissage (position, inexpérience, initiation)	4	pouvoir	1
		indépendance (liberté)	5	**immaturité**	1	publicité	1
		sincérité (vérité, honnêteté)	4				108
		ennuie	2				
		tabou	2				
		dangereux (danger)	19				
Total	**743**		**474**		**1363**		**216**

Dimension psychoaffective	
amour (aimer)	827
plaisir (adorer)	210
désir (envie	153
sentiment	66
passion	45
relation amoureuse	25
embrasser	24
filles (femmes)	24
garçons	20
divertir	18
épanouissement (bonheur)	17
amitié	15
sincérité	15
homosexuel (pédé, homosexualité, lesbienne)	14
copain (flirt)	13
partage	11
désespérant (désespoir, troublant)	10
dégoutant (dégout)	9
sensualité	9
caresse	7
attirance	6
obsession	6
regret	6
bizarre	5
confiance	5
rencontre	5
dialogue	4
tendresse	4
chagrin	3
charme	3
destructeur	3
fierté	3
intimité	3
jouissance	3
partenaire	3
perversité	3
peur	3
séduire	3
sensation	3
beauté	2
besoin	2
diabolique	2
douceur	2
douleur	2
draguer	2
émotion	2
excitation	2
folie	2
honnêteté	2
joie	2
préférer	2
Psychopathe	2
réflexion	2
relation sexuel	2
romance	2
terrible	3
trahison	2
répugnant	2
affection	1
bêtise	1
cœur	1
confidence	1
convoitise	1
désordre	1
désoriente	1
différence	1
écœurant	1
entente	1
haine	1
inutile	1
jeu	1
moquerie	1
patience	1
qualité	1
réjouir	1
sauvagerie	1
se détruire	1
sensibilité	1
sortie	1
soutien	1
tentation	1
tromperie	1
Total	**1669**

ANNEXE 11 : LISTE DES SUJETS DE DIALOGUE ENTRE LES ÉLÈVES ET LEURS PARENTS

Dimension comportementale		Dimension morale		Dimension biologique		Dimension psychoaffective		Dimension sociale/culturelles	
maladies (IST/sida/ VIH), test	301	fidélité	38	rapports sexuels	262	relation amoureuse (petit(e) ami(e)	176	viol	91
grossesses (précoces, non désirées, enfant)	241	mariage	23	puberté (menstrues, cycle menstruel)	119	amour (sentiments)	63	prostitution (vagabondage sexuel)	20
abstinence	100	habillement	8	sexe (organes génitaux)	46	garçons (hommes)	53	film pornographique	5
protection (prévention)	86	adultère, fornication	3	virginité	15	filles (femmes)	21	agression sexuelle	2
préservatif (usage)	57	chasteté	2	accouchement (utérus)	11	homosexualité	12	inceste	2
avortement	42	avenir	1	hygiène intime	4	sexualité	12	pédophilie	2
risques	13	divorce	1	corps	2	amitié (copains, copines)	8	vagabondage sexuel	2
méthodes contraceptives	8	éducation	1	spermatozoïde	1	comportement	5		
stérilité, infertilité	4	responsabilité	1			sorties	3		
						désir, plaisir	3		
						harcèlement sexuel	1		
Total	**852**		**78**		**460**		**357**		**124**

ANNEXE 12 : LISTE DES BESOINS ÉDUCATIFS DES ÉLÈVES EN ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ

Dimension comportementale		**Dimension morale**		**Dimension biologique**		**Dimension sociale/culturelle**	
		fidélité infidélité (adultère, fornication)	202	sexe (verge, vagin, pénis)	740	prostitution (argent, intérêt, vagabondage sexuel)	40
grossesses (précoces, non désirées, enfant, stérilité)	295	mariage (famille, couple, conjoints, parents, divorce)	78	rapports sexuels (positions, initiation, apprentissage)	473	pornographie (films porno)	30
abstinence (comportement, éviter)	153	responsabilité (assumer, travail, irresponsabilité)	55	reproduction (fécondation, vie, accouchement)	58	viol (abus)	28
maladies (IST, sida, vih, infection)	147	éducation (information, tabou)	20	puberté (seins, corps, règles)	21	pédophilie	4
préservatif (condom, protection)	120	respect	15	excitation (érection, éjaculation, caresse)	27	sexisme	2
avortement (ivg)	12	avenir	9	appareils (organes) génitaux (sexuels)	12	pouvoir	1
risques (problèmes)	13	exhibition (sexy, nudité)	8	spermatozoïde (ovule, sperme)	7	publicité	1
		Péché (mauvais, mal, pas bien, malheur, moralité, délinquance)	27	adolescence	6		
		consentement (volonté, liberté)	6	adulte	6		
		conseil	5	jeunesse	6		
		sincérité (honnêteté, vérité, mensonge)	19	Virginité (devierger)	5		
				majeur (maturité, immaturité)	5		
				bisexuelle	3		
				virilité (force)	3		
Total	**740**		**444**		**1372**		**106**

Dimension psychoaffective	
amour (aimer, sentiment)	896
plaisir	207
désir (envie)	153
passion	45
relation amoureuse	25
embrasser	24
fille (filles)	24
amitié (copains, copines)	20
garçon (garçons)	20
dégoutant (dégout)	17
divertir	17
homosexuel (pédé, homosexualité, lesbienne)	14
bonheur (heureux)	13
dangereux (danger)	12
intimité	12
désespérant (désespoir, bizarre)	11
partage	11
petit ami (partenaire, flirt)	11
attirance	6
obsession	6
regret	6
sensualité	6
confiance	5
rencontre	5
dialogue	4
épanouissement	4
tendresse	4
troublant	4
adorer	3
chagrin	3
charme	3
destructeur	3
douleur	3
fierté	3
jouissance	3
perversité	3
peur	3
sensation	3
beauté	2
besoin	2
diabolique	2
draguer	2

émotion	2
excitation	2
folie	2
honnêteté	2
inutile	2
joie	2
préférer	2
réflexion	2
répugnant	2
séduire	2
terrible	2
trahison	2
affection	1
bêtise	1
cœur	1
confidence	1
convoitise	1
désordre	1
désoriente	1
différence	1
douceur	1
écœurant	1
entente	1
haine	1
jeu	1
moquerie	1
patience	1
Psychopathe	1
qualité	1
réjouir	1
romance	1
sauvagerie	1
se balader	1
se détruire	1
sortie	1
soutien	1
tentation	1
tromperie	1
Total	**1670**

ANNEXE 13 ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES : enquête enseignants

Statistiques descriptives

Variable	Moyenne	Écart-type
Q2	34,31	7,580
Q5	2,71	,987
Q7	1,74	1,400
Q8	7,74	5,527
Q10	3,46	,780
Q11	3,03	,985
Q12-1	2,86	,944
Q12-2	3,23	1,003
Q12-3	1,91	1,245
Q12-4	1,40	,651
Q12-5	1,83	1,043
Q12-6	3,57	,502
Q12-7	2,83	1,150
Q12-8	2,34	1,136
Q12-9	3,14	1,033
Q12-10	2,03	1,200

Variable	Moyenne	Écart-type
Q12-11	1,29	,622
Q12-12	1,63	,877
Q12-13	1,77	,770
Q12-14	1,91	,887
Q12-15	3,29	,893
Q12-16	1,46	,701
Q12-17	2,51	1,121
Q19	1,91	,702
Q21	2,14	1,004
Q22	7,40	1,397
Q23	6,23	1,003
Q24	1,17	,382
Q25	2,74	1,221
Q26	2,69	1,132
Q27	3,40	,881

Matrice de corrélation													
	Q2	Q5	Q7	Q8	Q10	Q11	Q12-1	Q12-2	Q12-3	Q12-4	Q12-5	Q12-6	Q12-7
Q2	1,000	-,035	,770	,912	-,264	-,190	-,059	-,199	,084	,093	,085	,338	-,159
Q5	-,035	1,000	,158	,018	,213	,281	,176	,127	-,308	-,366	-,078	,042	,111
Q7	,770	,158	1,000	,770	-,266	-,165	,038	-,083	,054	-,045	,049	,131	-,101
Q8	,912	,018	,770	1,000	-,313	-,253	-,188	-,297	,198	,103	,161	,235	-,229
Q10	-,264	,213	-,266	-,313	1,000	,710	,611	,502	-,746	-,661	-,226	,215	,483
Q11	-,190	,281	-,165	-,253	,710	1,000	,701	,649	-,645	-,615	-,110	,204	,524
Q12-1	-,059	,176	,038	-,188	,611	,701	1,000	,626	-,661	-,670	-,444	,301	,546
Q12-2	-,199	,127	-,083	-,297	,502	,649	,626	1,000	-,691	-,460	-,186	,200	,418
Q12-3	,084	-,308	,054	,198	-,746	-,645	-,661	-,691	1,000	,552	,283	-,249	-,483
Q12-4	,093	-,366	-,045	,103	-,661	-,615	-,670	-,460	,552	1,000	,537	-,180	-,613
Q12-5	,085	-,078	,049	,161	-,226	-,110	-,444	-,186	,283	,537	1,000	-,201	-,393
Q12-6	,338	,042	,131	,235	,215	,204	,301	,200	-,249	-,180	-,201	1,000	,124
Q12-7	-,159	,111	-,101	-,229	,483	,524	,546	,418	-,483	-,613	-,393	,124	1,000
Q12-8	,131	-,356	-,109	,136	-,016	,122	-,063	-,071	,105	,008	,101	-,147	,159
Q12-9	,035	,185	-,035	,120	,209	,054	-,039	-,146	-,036	-,306	-,195	-,105	,021
Q12-10	,254	-,266	,197	,254	-,486	-,374	-,386	-,201	,356	,437	,051	,070	-,167
Q12-11	-,051	-,198	-,082	,039	-,641	-,542	-,630	-,438	,602	,509	,259	-,444	-,341
Q12-12	,076	-,092	,016	,131	-,002	,115	,076	-,068	,132	,268	,346	-,038	-,211
Q12-13	,134	-,050	,053	,200	-,408	-,495	-,694	-,692	,592	,481	,279	-,109	-,477
Q12-14	,122	-,298	-,113	,253	-,324	-,469	-,648	-,639	,472	,418	,302	-,283	-,447
Q12-15	-,048	-,005	,084	-,092	,314	,224	,433	,385	-,453	-,455	-,419	,150	,679
Q12-16	,360	-,018	,363	,449	-,501	-,574	-,432	-,530	,350	,426	-,010	-,096	-,520
Q12-17	,344	,163	,162	,416	-,310	-,360	-,429	-,422	,306	,395	,254	,037	-,363
Q19	,348	-,121	,246	,297	,074	-,081	,070	,196	-,143	-,052	-,021	,310	-,201
Q21	-,319	-,017	-,120	-,263	-,048	,115	,022	,083	,034	,135	,165	,067	-,055
Q22	-,257	,021	-,186	-,245	,232	,205	,201	,185	-,115	-,246	-,174	-,084	,062
Q23	-,223	,157	-,104	-,207	,201	,053	,098	,298	-,102	-,009	,067	-,033	-,016
Q24	,316	,289	-,025	,258	,124	,221	,151	,048	-,215	-,047	,002	,394	,069
Q25	-,258	-,380	-,160	-,215	-,182	-,165	-,135	-,143	,275	,170	,126	-,377	-,179
Q26	-,050	,681	,022	-,018	,334	,325	,315	,273	-,333	-,383	-,097	,222	,319
Q27	-,297	,338	-,319	-,238	,197	-,014	-,177	,060	-,102	,072	,077	-,066	,012

Matrice de corrélation											
Q12-8	Q12-9	Q12-10	Q12-11	Q12-12	Q12-13	Q12-14	Q12-15	Q12-16	Q12-17	Q19	Q21
,131	,035	,254	-,051	,076	,134	,122	-,048	,360	,344	,348	-,319
-,356	,185	-,266	-,198	-,092	-,050	-,298	-,005	-,018	,163	-,121	-,017
-,109	-,035	,197	-,082	,016	,053	-,113	,084	,363	,162	,246	-,120
,120	,198	,254	,039	,131	,200	,253	-,092	,449	,416	,297	-,263
-,016	,209	-,486	-,641	-,002	-,408	-,324	,314	-,501	-,310	,074	-,048
,122	,054	-,374	-,542	,115	-,495	-,469	,224	-,574	-,360	-,081	,115
-,063	-,039	-,386	-,630	,076	-,694	-,648	,433	-,432	-,429	,070	,022
-,071	-,146	-,201	-,438	-,068	-,692	-,639	,385	-,530	-,422	,196	,083
,105	-,036	,356	,602	,132	,592	,472	-,453	,350	,306	-,143	,034
,008	-,306	,437	,509	,268	,481	,418	-,455	,426	,395	-,052	,135
,101	-,195	,051	,259	,346	,279	,302	-,419	-,010	,254	-,021	,165
-,147	-,105	,070	-,444	-,038	-,109	-,283	,150	-,096	,037	,310	,067
,159	,021	-,167	-,341	-,211	-,477	-,447	,679	-,520	-,363	-,201	-,055
1,000	,183	-,072	,024	,073	-,210	-,028	-,099	-,166	-,073	-,147	,007
,183	1,000	-,217	-,065	,028	,005	,174	-,141	,029	,062	-,429	,093
-,072	-,217	1,000	,343	-,073	,230	,251	-,118	,124	,295	-,102	,021
,024	-,065	,343	1,000	-,015	,447	,579	-,469	,096	,458	-,279	,121
,073	,028	-,073	-,015	1,000	,175	-,004	-,273	-,003	,319	-,149	,029
-,210	,005	,230	,447	,175	1,000	,616	-,415	,363	,515	-,092	,005
-,028	,174	,251	,579	-,004	,616	1,000	-,376	,349	,282	-,059	-,019
-,099	-,141	-,118	-,469	-,273	-,415	-,376	1,000	-,121	-,445	,228	-,112
-,166	,029	,124	,096	-,003	,363	,349	-,121	1,000	,254	,321	-,179
-,073	,062	,295	,458	,319	,515	,282	-,445	,254	1,000	,020	-,119
-,147	-,429	-,102	-,279	-,149	-,092	-,059	,228	,321	,020	1,000	-,399
,007	,093	,021	,121	,029	,005	-,019	-,112	-,179	-,119	-,399	1,000
,096	,020	-,042	-,068	-,163	-,322	-,114	,188	-,282	-,342	,006	,042
-,381	-,118	-,250	,034	,166	,032	-,143	,023	-,069	,128	,196	-,033
,335	-,138	-,075	-,212	,108	-,063	-,216	-,061	-,082	,406	,276	-,142
,002	,100	,166	,177	-,064	-,127	,251	,015	,107	-,373	-,198	,175
-,257	,065	-,231	-,370	,086	-,017	-,321	,237	-,184	,154	,039	,015
-,300	,146	-,401	-,266	,096	,050	-,258	,118	-,251	,147	-,115	-,095

Matrice de corrélation					
Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27
-,257	-,223	,316	-,258	-,050	-,033
,021	,157	,289	-,380	,681	,741
-,186	-,104	-,025	-,160	,022	,020
-,245	-,207	,258	-,215	-,018	-,017
,232	,201	,124	-,182	,334	,374
,205	,053	,221	-,165	,325	,361
,201	,098	,151	-,135	,315	,283
,185	,298	,048	-,143	,273	,231
-,115	-,102	-,215	,275	-,333	-,361
-,246	-,009	-,047	,170	-,383	-,416
-,174	,067	,002	,126	-,097	-,013
-,084	-,033	,394	-,377	,222	,126
,062	-,016	,069	-,179	,319	,266
,096	-,381	,335	,002	-,257	-,300
,020	-,118	-,138	,100	,065	,146
-,042	-,250	-,075	,166	-,231	-,401
-,068	,034	-,212	,177	-,370	-,266
-,163	,166	,108	-,064	,086	,096
-,322	,032	-,063	-,127	-,017	,050
-,114	-,143	-,216	,251	-,321	-,258
,188	,023	-,061	,015	,237	,118
-,282	-,069	-,082	,107	-,184	-,251
-,342	,128	,406	-,373	,154	,147
,006	,196	,276	-,198	,039	-,115
,042	-,033	-,142	,175	,015	-,095
1,000	,269	-,077	,424	-,216	-,176
,269	1,000	-,028	-,095	,221	,354
-,077	-,028	1,000	-,659	,468	,359
,424	-,095	-,659	1,000	-,678	-,582
-,216	,221	,468	-,678	1,000	,833
-,176	,354	,359	-,582	,833	1,000

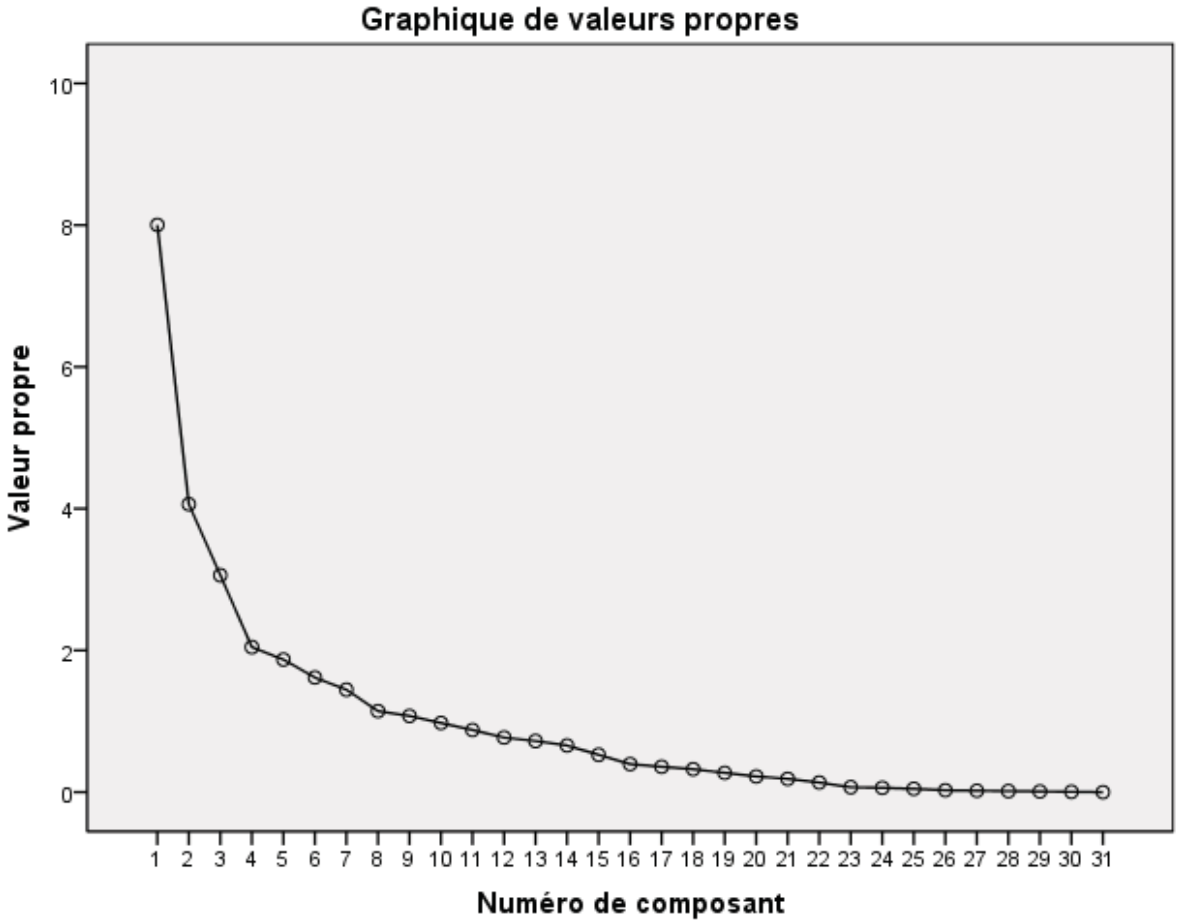
Indice KMO et test de Bartlett		
Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,098
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	1296,109
	ddl	528
	Signification de Bartlett	< 0,001

Qualité de représentation

	Initial	Extraction
Q2	1,000	,929
Q5	1,000	,757
Q7	1,000	,900
Q8	1,000	,925
Q10	1,000	,802
Q11	1,000	,792
Q12-1	1,000	,816
Q12-2	1,000	,767
Q12-3	1,000	,687
Q12-4	1,000	,847
Q12-5	1,000	,646
Q12-6	1,000	,852
Q12-7	1,000	,784
Q12-8	1,000	,872
Q12-9	1,000	,803
Q12-10	1,000	,691

	Initial	Extraction
Q12-11	1,000	,798
Q12-12	1,000	,651
Q12-13	1,000	,711
Q12-14	1,000	,658
Q12-15	1,000	,696
Q12-16	1,000	,752
Q12-17	1,000	,777
Q19	1,000	,881
Q21	1,000	,700
Q22	1,000	,824
Q23	1,000	,742
Q24	1,000	,864
Q25	1,000	,840
Q26	1,000	,831
Q27	1,000	,729

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.



Matrice des composantes									
	Composantes								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Q12-1	-,845	,071	-,195	,053	,099	,183	,111	-,027	-,007
Q12-3	,809	-,144	,012	,037	-,017	-,061	,043	,069	-,022
Q10	-,793	-,016	,159	,080	-,025	,161	-,283	-,117	,145
Q11	-,792	-,016	,092	,275	,200	,197	,030	,001	,031
Q12-4	,786	-,068	,142	-,147	,388	-,064	,097	-,128	-,053
Q12-2	-,769	-,038	-,039	-,178	,305	,066	,160	,111	-,080
Q12-13	,710	,149	,331	-,071	-,185	,032	,011	-,148	,114
Q12-11	,707	-,268	,194	,018	-,016	-,125	,126	,392	-,050
Q12-14	,704	-,140	,050	,072	-,196	,019	-,248	-,067	,175
Q12-7	-,701	-,055	-,090	,188	-,147	-,343	,158	,107	-,264
Q12-16	,571	,293	-,262	-,267	-,285	,147	-,172	-,259	-,037
Q12-15	-,569	,017	-,371	-,263	-,187	-,268	,063	-,034	-,231
Q12-17	,520	,509	,409	,079	,039	,012	,022	,255	,083
Q12-10	,469	,035	-,209	-,040	,105	-,361	,455	,230	,149
Q25	,229	-,738	-,417	-,049	-,027	,251	-,019	,031	,028
Q2	,278	,735	-,495	,207	,043	,100	,008	,110	,000
Q8	,377	,708	-,418	,235	-,047	,171	-,016	,142	-,029
Q24	-,180	,646	,270	,225	,322	-,281	-,202	,156	,209
Q7	,167	,587	-,507	,008	-,136	,294	,300	,154	-,228
Q27	-,099	,178	,718	-,126	-,075	-,335	-,153	-,028	-,119
Q26	-,451	,512	,529	-,057	-,208	-,014	,179	-,013	-,084
Q12-8	,018	-,090	-,168	,713	,318	-,271	-,352	,120	-,117
Q19	-,066	,464	-,326	-,555	,258	-,028	-,407	-,071	,093
Q23	-,159	-,009	,333	-,547	,126	,403	-,099	,344	,018
Q12-9	-,034	-,072	,089	,556	-,577	,296	-,176	-,009	,166
Q12-5	,432	-,005	,261	,082	,487	,300	,017	-,035	-,238
Q5	-,319	,373	,433	-,049	-,434	,227	,171	,238	-,004
Q12-12	,139	,134	,268	,236	,420	,489	,005	-,131	-,230
Q21	-,005	-,348	,175	,201	,126	,178	,576	-,186	,306
Q22	-,272	-,423	-,189	-,112	,055	,145	-,213	,574	,353
Q12-6	-,284	,490	-,161	-,032	,203	-,100	,217	-,240	,590

* Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.
a. 10 composantes extraites.

Matrice des composantes après rotation									
	Composante								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Q12-1	-,882	-,016	,051	-,051	,061	,093	,024	,134	,044
Q12-2	-,808	,044	-,127	,021	,123	-,226	,008	,036	,170
Q11	-,798	,119	-,134	,151	-,109	,206	,145	,116	,111
Q12-13	,767	,175	,018	,151	,184	,075	,035	,058	-,160
Q12-3	,760	-,171	,087	,109	-,082	-,135	,120	-,147	-,014
Q12-14	,756	-,171	-,034	,040	-,079	,211	-,059	,004	,003
Q12-11	,701	-,027	-,029	,057	-,071	-,216	,276	-,335	,249
Q12-4	,679	-,111	-,049	,399	-,024	-,441	,024	,032	-,124
Q10	-,675	,149	-,312	-,010	,008	,402	-,156	,174	,101
Q12-7	-,668	,163	-,069	-,412	-,201	-,025	,161	-,242	-,106
Q12-15	-,558	-,076	,036	-,509	,099	-,164	-,196	-,131	-,161
Q12-16	,534	-,169	,361	-,031	,262	,095	-,387	,052	-,278
Q25	,144	-,846	-,136	-,017	,029	,045	,117	-,184	,188
Q26	-,333	,766	-,003	-,023	,302	,126	,062	,013	-,147
Q24	-,114	,703	,134	,104	-,381	-,074	-,179	,356	,134
Q27	,088	,700	-,434	-,004	,044	-,021	-,116	-,123	-,111
Q5	-,193	,592	,126	-,078	,433	,329	,148	-,125	,119
Q12-17	,542	,562	,278	,262	,003	-,037	,039	,043	,130
Q7	-,037	-,030	,916	,006	,193	-,062	-,025	-,069	-,109
Q2	,117	,086	,890	,043	-,180	-,019	-,193	,200	-,062
Q8	,227	,102	,888	,082	-,141	,075	-,165	,113	-,046
Q12-12	-,032	,069	,090	,787	-,024	,063	,058	-,036	-,089
Q12-5	,263	-,010	,008	,724	-,051	-,188	,044	-,113	-,024
Q12-8	-,059	-,058	,035	,122	-,911	,086	-,002	-,093	,043
Q23	-,117	,157	-,168	,266	,540	-,085	-,218	-,113	,496
Q12-9	,073	,003	,070	-,087	-,107	,846	,227	-,072	,019
Q12-10	,412	-,052	,268	-,225	-,091	-,512	,335	,092	,065
Q19	-,087	,015	,206	-,028	,141	-,275	-,787	,331	,072
Q21	-,029	-,186	-,202	,181	,134	-,011	,706	,269	-,042
Q12-6	-,247	,190	,211	-,127	,038	-,109	,025	,823	-,050
Q22	-,200	-,300	-,153	-,179	-,024	,069	-,022	-,011	,795

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.
Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.
a. La rotation a convergé en 11 itérations.

Matrice de transformation des composantes

Composante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	,930	-,154	,201	,201	-,043	-,133	,026	-,072	-,072	,930
2	-,030	,627	,639	,060	,056	-,018	-,290	,281	-,166	-,030
3	,175	,674	-,555	,331	,176	,128	,198	-,101	,028	,175
4	-,058	,056	,186	,166	-,714	,453	,451	-,018	-,111	-,058
5	-,190	-,076	-,096	,617	-,330	-,595	-,077	,275	,157	-,190
6	-,134	-,281	,257	,609	,470	,450	,028	-,020	,205	-,134
7	-,106	,015	,230	-,062	,340	-,385	,793	,057	-,192	-,106
8	,014	,200	,257	-,137	-,088	-,141	,111	-,389	,827	,014
9	,187	-,031	-,121	-,211	,039	,190	,160	,821	,409	,187

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.
Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.